Н. А. СЕМАШКО
N. A. SEMAŞKO

ОЧЕРКИ
ПО ТЕОРИИ ОРГАНИЗАЦИИ СОВЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Sovyet Sağlık Hizmeti Örgütlenmesi Kuramı Üzerine Denemeler

Çeviri: Akif AKALIN

Издательство Академии Медицинских Наук СССР
SSCB Tıp Bilimleri Akademisi Yayınevi

АКАДЕМИЯ МЕДИЦИНСКИХ НАУК СССР
ИНСТИТУТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

SSCB TIP BİLİMLERİ AKADEMİSİ
SAĞLIK HİZMETİ VE TIP TARİHİ ENSTİTÜSÜ

Н. А. СЕМАШКО
N. A. SEMASKO

ОЧЕРКИ

ПО ТЕОРИИ ОРГАНИЗАЦИИ СОВЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Sovyet Sağlık Hizmeti Örgütlenmesi Kuramı Üzerine Denemeler

(ПРИНЦИПИАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ СОВЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ)

Sovyet Sağlık Hizmetinin Temel İlkeleri

Çeviri: Akif AKALIN

SSCB Tıp Bilimleri Akademisi Yayınevi
Moskova - 1947

ИЗДАТЕЛЬСТВО АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК СССР
Москва – 1947

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ (N. Semaşko) 5

ÇEVİRENİN ÖNSÖZÜ (A. Akalın) 7

1. Bölüm: Sovyet Sağlığının Güç Kaynağı (N. Semaşko) 8

OKUMA: Ekim Devrimi Neden Toplum Sağlığında Başarılı Oldu? (A. Akalın) 13

2. Bölüm: Yönetim Birliği (N. Semaşko) 21

OKUMA: Dünyada İlk Sağlık Bakanlığı Nerede Kuruldu? (A. Akalın) 28

3. Bölüm: Sağlık Hizmeti Planlaması (N. Semaşko) 46

OKUMA: Ekim Devrimini "Devrim" Yapan Neydi? 51

4. Bölüm: Tıbbi Çalışmanın Yönü (N. Semaşko) 56

OKUMA: Halk Sağlığı ve Sosyal Tebabet (S. Dosdoğru) 62

OKUMA: Sosyalizm ve Sağlık (A. Akalın) 66

5. Bölüm: Topluma Tıbbi Hizmet Sunumunda Bölge (Uçastok) ve Dispanserizasyon Yöntemi (N. Semaşko) 74

OKUMA: Bir Başka Doktorluk Daha Var (A. Akalın) 80

OKUMA: Sosyalizmin Tıbba Katkısı – Dispanserizasyon Yöntemi (A. Akalın) 84

6. Bölüm:Ana – Çocuk Sağlığının Korunması (N. Semaşko) 93

OKUMA: Ana – Çocuk Sağlığına Toplumcu Yaklaşım (A. Akalın) 98

7. Bölüm: Devletin Sıhhi (Sağlık) Örgütü (N. Semaşko) 118

OKUMA: Bir Başka Yaşam – Fabrika Mutfakları (A. Akalın) 121

8. Bölüm: SSCB'nin Ulusal Bölgelerinde Sağlık Hizmetleri (N. Semaşko) 129

OKUMA: Birinci Beş Yıllık Planın Sonucu Olarak Tataristan Cumhuriyeti'nin Sağlık Hizmetleri ve Acil Görevleri (T. D. Epstein) 133

9. Bölüm: SSCB'de Sosyal Sigorta (N. Semaşko) 149

OKUMA: Emekçiler ve Rusya'nın Tatil Köyleri (A. Akalın) 153

10. Bölüm: İşletmelerde İşçilerin İş Güvenliği ve Sağlığının Korunması (N. Semaşko) 162
OKUMA: Sovyetler Birliği'nde Çalışma Saati Düzenlemeleri (A. Akalın) 166
11. **Bölüm: Emekçilerin Kendi Kendilerini Yönetmesi (Özyönetim)** (N. Semaşko) 169
OKUMA: Sovyetler Birliği'nde Emekçilerin Yönetime Katılımı (A. Akalın) 175
12. Bölüm: Sovyet Koşullarında Bilimsel Çalışmanın Örgütlenmesi (N. Semaşko) 180
OKUMA: Gençlere mektup (İ. P. Pavlov) 184
13. Bölüm: SSCB'de Yüksek Tıp Eğitimi (N. Semaşko) 186
OKUMA: Sağlık Hekimlerinin Eğitimi Üzerine (I. K. Lukyanov) 191
OKUMA: Sovyet Hekimlerin Yemini (1971) 204
14. Bölüm: Sovyet Ülkesinin Hekimi ve Kapitalist Ülkenin Hekimi (N. Semaşko) 206
OKUMA: Hekimlik ve Kapitalizm (A. Akalın) 213
OKUMA: SSCB'nin Son Yıllarında Hekimlikte Sınıf Mücadelesi (A. Akalın) 219
SONUÇ (N. Semaşko) 225
OKUMA: Lenin'den Sağlık Emekçilerine (A. Akalın) 228
OKUMA: Sovyetler Birliği'nde Toplumcu Sağlık Sisteminin Çöküşü (A. Akalın) 232

ÖNSÖZ

Sovyet sağlık hizmeti (bakımı) sisteminin kuruluşu üzerinden 30 yıl geçti. Muazzam bir deneyim birikti ve ayrıntılı olarak geliştirilmiş bir sistem haline geldi. Sovyet sağlık hizmeti örgütlenmesinin temellerinin doğruluğu, ülkemizdeki sosyalist inşanın tüm gidişatıyla sınandı.

Sovyet sağlık hizmeti sistemi ve Sovyet tıbbı, Büyük Anayurt Savaşı sınavından onurla geçti. Sovyet sağlık çalışanlarının önüne; otuz yıllık deneyimi hesaba katma, sağlık örgütümüzün temellerini ve ilkelerini daha derinlemesine analiz etme, henüz tamamlanmamış olanı tamamlama ve Sovyet tıbbının güç kaynaklarını açıkça anlama, kısacası Sovyet sağlık hizmeti kuramı meselelerini daha derinlemesine kavrama görevi kararlı bir şekilde dikilmiştir.

Şu soruyu sormak gerekir: Sovyet tıbbı, sağlık hizmeti örgütlenmesi kuramına ne gibi yenilikler getirmiştir? Bu satırlar, bu soruya ithaf edilmiştir.

Yanlış anlaşılmaları önlemek adına, şu açıklamaların yapılması gerekmektedir:

Birincisi, yazar bu çalışmayı sağlık hizmeti örgütlenmesi meseleleri üzerine çalışan dar bir uzman çevresi için değil, geniş bir tıp çalışanı kitlesi ve yükseköğretim (üniversite) öğrencileri için kaleme almıştır. Yazar, geniş okuyucu kitlesinin Sovyet sağlık hizmeti kuramını sadece anlamasını değil, aynı zamanda değer vermesini ve sevmesini istemiştir.

Günümüzde Sovyet tıbbının temelleri yabancı hekimlerin de ilgisini çekmektedir. Sağlık sisteminin yeniden örgütlenmesi, pek çok ülkede ve özellikle de yeni halk demokrasisi ülkelerinde güncel bir gündem maddesi haline gelmiştir. Bu nedenle yazar, anlatımı yabancı okuyucular için de anlaşılır kılmaya çalışmıştır. Bu sebepten dolayı Sovyet okuyucusu burada, zaten kendisince bilinen pek çok şey bulacaktır.

İkincisi, bu çalışma Sovyet sağlık hizmeti kuramının temel meselelerini yalnızca özet halinde kapsamaktadır. Her bir bölüm (konu), bağımsız bir çalışma olarak geliştirilebilir. Bu yüzden yazar, bu çalışmayı mütevazı bir şekilde “denemeler” olarak adlandırmıştır.

Üçüncüsü, bu çalışma, genel olarak Sovyet sağlık hizmetinin örgütlenme sorunlarına değil, yalnızca bu örgütlenmenin temel ilkelerine, yani onun "*kuramına*" ithaf edilmiştir. Bu nedenle çalışmada olgusal ve istatistiksel verilere, yalnızca bu ilkeleri aydınlattıkları ölçüde yer verilmiştir.

Yine aynı sebepten dolayı, sağlık organlarının çalışmalarındaki başarılardan ve eksikliklerden bahsedilmemiştir, bu ayrı bir konudur. Denemelerde ayrıca, Sovyet sağlık hizmeti kuramıyla hiç ilgisi olmayan, ya da çok az ilgisi olan bir dizi örgütsel konuya da (sağlık organlarının yapısı, ekonomik faaliyetleri vb.) yer verilmemiştir.

YAZAR

ÇEVİRENİN ÖNSÖZÜ

Bu kitabın "omurgasını", dünyanın ve Sovyet Rusya'nın ilk Sağlık Bakanı *Dr. Nikolay Aleksandroviç Semaşko* tarafından 1947 yılında yayınlanan *Sovyet Sağlık Hizmeti Örgütlenmesi Kuramı Üzerine Denemeler: Sovyet Sağlık Hizmetinin Temel İlkeleri* başlıklı kitap oluşturmaktadır.

Daha önce yayınladığımız *Sovyetler Birliği'nde Sağlığın Korunması, SSCB'de Yaşam ve Emek, Ruh Sağlığı mı Sosyal Hastalık mı?* ve *Marksizm, Tıp ve Sağlık* (2 cilt) başlıklı çevirilerde kullandığımız yöntemi bu kitapta da kullanarak, Semaşko'nun metinlerine "*açıklayıcı notlar*" ve konuyla ilgili başka yazarların yayınlanmış yazılarını da ekledik.

Rusça metinlerin çevirilerinde yapay zeka kullandık. Yapay zeka tarafından yapılan çevirileri, yazarın daha önce başka çevirmenler tarafından İngilizceye ve Türkçeye çevrilmiş metinleriyle karşılaştırarak kontrol ettik. Kitabın Rusçaya hakim çevirmenler tarafından çevirisi yapılana kadar okurlarımızın gereksinimlerine hitap etmesi umuduyla.

Akif Akalın
Çanakkale, 2026

1. Bölüm: Sovyet Sağlığının Güç Kaynağı

Sovyet iktidarında, yani emekçilerin iktidarında durum tamamen farklıdır.

M. I. Kalinin'in (1) mükemmel bir şekilde ifade ettiği gibi:

"*Bizde, sosyalist ülkede, işçilerin ve köylülerin sağlığı, devletin temel sorumluluğudur*".

Bu nedenle, İngiltere'de devletin sağlık sektörünü büyütmeye yönelik oldukça mütevazı çabaları bile, büyük zorluklarla karşılaşmaktadır (2).

İngiltere'de özel muayenehane çalıştıran hekimler, bu son derece cılız girişimlere bile kararlılıkla karşı çıkmakta, ücretsiz devlet sağlık hizmetlerinin, özel sağlık hizmetlerinin zarar görmesi pahasına genişletilmesine karşı mücadele etmek için, sağlam bir "*grev fonu*" oluşturmaktadırlar (3).

Sonuç olarak parlamentoda kabul edilen yasa (1948'de yürürlüğe girecektir), halka gerçek anlamda ücretsiz tıbbi yardım sağlamaktan ziyade, devlet fonları pahasına özel muayenehane çalıştıran hekimlerin çıkarlarını güvence altına almaktadır. Özel hastaneler, özel sanatoryumlar, özel kür merkezleri, bunlar özel sermayenin etinden et, kanından kandır.

Farklı ülkelerden gelen ve sistemimizi yakından tanıyan pek çok dürüst insan, ülkelerine döndüklerinde "*Sovyet sağlık yolunun tek doğru yol olduğunu*" savunsa da, onların bizim yolumuzdan gitme çabaları için, "*niyetleri iyi olsa da kaderleri meçhul*" denilebilir.

Kapitalist düzen, emekçi kitlelerin sağlığının korunmasının önünde aşılmaz bir engeldir. Ve dikkat çekici bir gerçek şudur: Demokrasinin yeni bir türünün iktidarda olduğu yerlerde (4), emekçilerin çıkarlarına dayalı sağlık hizmeti örgütlenmesi büyük başarılar elde etmektedir.

Yugoslavya, Bulgaristan, Polonya gibi demokratik ülkelerde halk sağlığının hızla yükselişine gözlerimizle şahit oluyoruz. Sağlık tarihi, kapitalist ülkelerde şeklen bizimkine benzeyen sağlık örgütlenme girişimlerinin örneklerini bilir. Ülkemizde 1918'de Sağlık Halk Komiserliği'nin (Narkomzdrav) kurulmasından sonra, işçi hareketinin baskısıyla İngiltere, eski Polonya, Fransa, İtalya, hatta Japonya ve Çin gibi birçok ülkede "bağımsız" Sağlık Bakanlıkları hızla büyümeye başlamıştı.

Peki sonuç ne oldu? Bazıları (eski Polonya gibi) "çiçek açamadan soldu" ve lağvedildi, diğerleri (Fransa'daki gibi) bazen kuruldu, bazen kapatıldı. Ancak her durumda, emekçilerin sağlığı ile ilgilenilmedi.

Sebep nedir? Sebep, orada "*işçi ve köylü sağlığının, devletin temel sorumluluğu*" olmamasıdır. Karakteristik olan şudur ki, tam da şu an, savaş sonrası dönemde, büyüyen demokratik hareketin baskısıyla, bağımsız Sağlık Bakanlıkları örgütlenmesine dair yeni bir dalga gözlemlenmektedir. Bizde ise Sağlık Halk Komiserliği (şimdiki Bakanlık), her yıl güçlenmekte ve bu yıl Narkomzdrav'ın kuruluşunun 29. yılını kutlamaktadır (5).

Yoldaş Aleksandrov, "*Çağdaş burjuva toplumsal gelişme kuramları üzerine*" başlıklı makalesinde (Bolşevik, 1945, No. 11-12) şöyle yazmıştır (6):

> "*Bazen burjuva uygarlığının temellerine yönelik eleştiriler oldukça genel ve sert bir biçimde dile getirilir... Ancak bu durumlarda bile sosyologlar, kural olarak, iç ve dış politikadaki adaletsizlikleri ve hataları tespit etmekle sınırlı kalırlar... Bu sıkıntılardan çıkış yolları, toplumsal düzensizliklerin giderilme araçları söz konusu olduğunda ise sosyologlar susarlar*".

Tam olarak aynı tabloyu, halk sağlığı örgütlenmesi alanında da gözlemliyoruz. Yakın zamanda Başkan Truman, kongreye sunduğu bir bildiride, ABD'deki toplum sağlığının gerçekten dehşet verici durumunu gözler önüne serdi. 18 - 37 yaş arasındaki askerlik hizmetine çağrılanların yüzde 30'unun (yaklaşık 5 milyon kişi), sağlık durumları nedeniyle askerliğe elverişsiz olduğu ortaya çıktı. Üstelik 1,5 milyon kişi de, hizmete girdikten sonra sağlık durumları nedeniyle terhis edilmek zorunda kalındı (7).

Truman'ın raporuna göre, ABD'de,

> "*...kanserden ölüm sayısı her yıl 160 bini aşmaktadır, 2 milyon kişi akıl hastalığından mustariptir, yaklaşık 10 milyon kişi hayatının bir döneminde akıl hastalıkları nedeniyle hastane tedavisine ihtiyaç duymaktadır, akıl hastaları hastane yataklarının yarısından fazlasını işgal etmektedir*".

Başkan Truman, ABD'deki sağlık durumunu karanlık renklerle resmediyor. "*Hastalık*," diyor, "*sadece doktor faturalarına değil, aynı zamanda kazanç kaybına da yol açar*". 15 milyon nüfuslu 1.200 ilçede ya hiç hastane yok, ya da hastanelerin durumu "*hastanelerden beklenen asgari şartları bile karşılamayacak*" düzeydedir.

ABD'deki sağlık işlerinin durumu böylesine karanlıkken, Başkan bu durumu ortadan kaldırmak için kongreye ne öneriyor? Önerdiği en radikal önlem, "*hastalık sigortasıdır, ancak tıbbi yardım masraflarını karşılamak için zorunlu katkı payı sistemiyle*", yani nüfusun kendi cebinden karşılanacak bir sistemdir.

Truman, "*sosyalleştirilmiş tıpla*", yani ücretsiz tıbbi yardımın devlet tarafından örgütlenmesiyle suçlanmaya karşı hararetle kendini savunmaktadır. Ancak bu mütevazı önlem bile "*Amerikan Tabipleri Birliği*", yani resmi adından da anlaşılacağı üzere, özel muayenehane çalıştıran hekimlerin birliği tarafından enerjik bir protestoyla karşılandı.

"*Sosyalizm ve ücretli yatak*" başlıklı bir makalede (British Medical Journal, Haziran 1946), ücretsiz devlet tedavisini savunan herkes, "*yargılama yeteneğini yitirmekle*" suçlanıyor. Yazar şöyle haykırıyor:

> "*İnce bir hassasiyete sahip bir insan, toplumun döküntülerinin bulunduğu bir ortamda nasıl bulunabilir*"?

Böylesi bir teklif "*akılsızlık, bilimsel mesleğimize layık değil*!" şeklinde nitelendiriliyor. Makalenin tamamı bu tarzda yazılmış. Sınıfsal tıbbı bu kadar alaycı bir şekilde savunan ve halka bu kadar soylu bir edayla, kaba bir şekilde iftira atan başka bir belge bulmak zordur (8).

AÇIKLAYICI NOTLAR

1. *Mihail İvanoviç Kalinin* (1875 – 1946). 1919 - 1946 yılları arasında Yüksek Sovyet Prezidyumu Başkanı (Sovyet devletinin en üst otoritesi, *devlet başkanı*). Kalinin bu cümleyi 1935 yılında, Sovyetler Birliği'ndeki tüm doktorları, hemşireleri, hastane çalışanlarını ve eczacıları tek bir çatı altında toplayan Sağlık Çalışanları Sendikası (Medsantrud - Mediko-Sanitarnı Trud) ile yaptığı bir görüşmede kurmuştur. Bütün ifade şöyledir:

> "*Orada [kapitalist ülkelerde] doktorun hastaya olan ilgisi, hastanın doktora ödediği para miktarı ile belirlenir. Bu da yetmezmiş gibi, oradaki doktor zenginleri tedavi ederken bile fedakarlık duygusunu, ruhunu işine katmaz; para için tedavi eder. Bizim sosyalist ülkemizde ise işçilerin sağlığı, köylülerin sağlığı devletin temel görevidir (asli kaygısıdır)...*"

2. *Semaşko* burada, İngiltere'de 6 Kasım 1946'da Kraliyet onayını alan *1946 Ulusal Sağlık Hizmeti Yasası*'ndan bahsediyor. İngiltere'de Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS), 5 Temmuz 1948 tarihinde bu yasaya dayanarak resmen hayata geçirilmiştir.

3. İngiltere'de *İşçi Partisi*, Temmuz 1945'teki ezici seçim zaferinden sonra, sağlık hizmetlerini sosyalleştirmek, Ulusal Sağlık Hizmeti kurmak istedi. 1946 yılında bu amaçla bir yasa çıkartınca, *İngiliz Tabipleri Birliği* (BMA), hekimlerin devlet tarafından sabit maaşlarla doğrudan istihdam edilmesi fikrine şiddetle karşı çıktı. Sağlık Bakanı *Aneurin Bevan* ile hekim liderleri arasında tartışma başladı.

1947'de İngiliz Tabipleri Birliği, "bağımsız" statüleriyle ilgili endişeleri giderilmezse, Ulusal Sağlık Hizmeti'ni boykot etmekle, yani yeni sistemde çalışmamakla tehdit etti. Sonunda Bevan, hekimlerin yüklenici statüsünün devam etmesine ve "hasta başı ücretlendirme" (hekimlerin kayıtlı hasta başına ücretlendirildiği düzenleme) uygulamasının sürdürülmesine izin verdi. Hekimlerin kaygılarını giderecek bazı imtiyazlar da (konsültanlara yarı zamanlı özel muayenehane hakkı vb.) tanındı.

Böylece İngiltere'de hekimler bağımsız çalıştıkları özel muayenehanelerinde, devlet ile sözleşme yaparak hizmet sunmaya başladılar. Finansman genel bütçeden karşılanırken, hizmet sunumu "özel" kaldı.

4. Emperyalistler-arası İkinci Paylaşım Savaşı sonrasında doğu Avrupa'da kurulan "*Halk Demokrasileri*" kastediliyor.

5. Sovyetler Birliği, yeryüzündeki ilk Sağlık Bakanlığı'nı 11 Temmuz 1918 tarihinde *Sağlık Halk Komiserliği* (Narkomzdrav) adıyla kurmuştur. Kurumun adı 15 Mart 1946 tarihinde yapılan yasal düzenlemeyle *Sağlık Bakanlığı* olarak değiştirilmiştir.

6. *Georgy Fedorovich Aleksandrov* (1908 – 1961). Sovyet siyasetçi ve Marksist filozof. Aleksandrov, bu makalesinde burjuva sosyologların kapitalist sistemin krizlerini ve yarattığı toplumsal tahribatları (örneğin Elliott ve Merrill'in "*Toplumsal Çözülme*" adlı çalışmasını örnek göstererek) başarılı bir şekilde tasvir edebildiklerini kabul eder. Aleksandrov'un temel eleştirisi, bu bilim insanlarının sorunun kaynağına (kapitalist üretim ilişkilerine ve mülkiyet yapısına) inemedikleri için, kalıcı ve devrimci bir çözüm üretemedikleri, yapısal krizler karşısında "*sessiz kalmayı*" tercih ettikleri yönündedir.

7. Bu ifadeler ABD Başkanı *Harry S. Truman*'ın 19 Kasım 1945 tarihinde Kongre'ye sunduğu tarihi "*Ulusal Sağlık Programı Tavsiye Mektubu*" (Special Message to the Congress Recommending a Comprehensive Health Program) adlı mektubunda yer almaktadır. Emperyalistler-arası İkinci Paylaşım Savaşı'nın hemen ardından yayımlanan bu mektup, Amerikan toplumunun sağlık altyapısındaki derin eşitsizlikleri ve yetersizlikleri resmi düzeyde en net şekilde ortaya koyan belge kabul edilir.

8. ABD içindeki sermaye grupları, Amerikan Tabipleri Birliği (AMA) ve Cumhuriyetçiler, planı "*Moskova güdümlü, komünist ve totaliter bir kölelik düzeni*" (Socialized Medicine) olarak damgaladı. Sonuç olarak Truman'ın yasa tasarısı sağın anti-komünist propagandası (McCarthyizm dönemi ayak sesleri) sebebiyle Kongre'de tamamen bloke edildi ve hiçbir zaman yasalaşamadı. ABD, gelişmiş ülkeler arasında evrensel bir sağlık sistemine geç(e)meyen tek büyük devlet olarak kalmaya devam etti.

Semaşko burada BMJ'ın 13 Haziran 1946 tarihli nüshasında G. C. Pether imzasıyla yayınlanan, "*Socialism and Pay – Bed*" başlıklı yazıya (Br Med J 1946;2:65) atıfta bulunuyor.

OKUMA: EKİM DEVRİMİ NEDEN TOPLUM SAĞLIĞINDA BAŞARILI OLDU?

Ekim Devrimi sağlık alanında o güne kadar eşi görülmedik adımlar atarak, sağlık hizmetlerini sosyalleştirmiş, devlet hizmeti olarak örgütlemiş ve Sovyetler Birliği sağlık alanında çok kısa bir sürede büyük başarılar sağlamıştır. Daha sonraki yıllarda devrimlerini gerçekleştiren ve Sovyetler Birliği'nin sağlık sistemini benimseyen diğer sosyalist ülkelerde de Sovyetler Birliği'nde elde edilen başarılar yinelenmiş, fakat Sovyetler Birliği'ndeki bazı sağlık uygulamalarını benimseyen kapitalist ülkelerde aynı başarı tekrarlanamamıştır.

Bunun nedeni Ekim Devrimi'nin toplumcu sağlık anlayışında yatmaktadır. Buna göre sağlığın belirleyicileri ve hastalıkların kaynağı *politik ekonomidedir*. Sağlıkta eşitsizliklerin başlıca kaynağı olan gelir eşitsizlikleri, kapitalist üretimin özü olan *sömürüye* dayanmaktadır. Sömürü ilişkilerine son vermeden emekçiler için sağlık alanında başarı elde etmek olanaksızdır.

Geçtiğimiz günlerde Türkiye'de ve dünyanın her yerinde Ekim Devrimi'nin yüzüncü yıldönümü dolayısıyla çeşitli etkinlikler düzenlendi, Ekim Devrimi'nin insanlığa armağanları üzerine tartışmalar yapıldı. Ekim Devrimi'nin mirası içinde "sağlık" önemli bir yer tutuyordu ve bu konuda da çok sayıda toplantı düzenlendi.

Dünyada Ekim Devrimi öncesinde sağlık, "bireysel" bir sorun olarak görülüyordu ve devletler yurttaşlarının sağlığı konusunda sorumluluk almaya yanaşmıyorlardı. Bunun en belirgin kanıtlarından biri, hiçbir ülkede Sağlık Bakanlığı örgütlenmemiş olmasıydı. Bedelini ödeyebilenler gereksindikleri sağlık hizmetini özel hekimlerden satın alabiliyorlardı, fakat ödeme gücü olmayanlar hayırseverlerin insafına terk edilmişti (Akalın, 2010).

Açıkçası 19. yüzyıla kadar insanların da devletten sağlık hizmeti "talebi" yoktu. İnsanlar hastalıklarını "kader" olarak algılıyor ve katlanıyorlardı. Kamusal sağlık hizmeti talebi ilk olarak Fransız Devrimi'nde gündeme geldi, fakat devrimden sonra hızla gericileşen burjuvazi halka ve işçi sınıfına verdiği sözleri unuttu.

1800'lerin ilk yarısında kamusal sağlık hizmeti talebine işçi sınıfı sahip çıktı ve özellikle Avrupa'yı sarsan 1848 ayaklanmalarında "herkese eşit, ücretsiz sağlık" talebi barikatlarda yankılandı. Daha sonra Paris Komünü günlerinde sağlık hizmetlerinin emekçilerin gereksinimlerine göre

örgütlenmesi yönünde adımlar atıldı fakat Komün bu girişimlerin sonuçlarını alabilecek kadar uzun yaşayamadı.

Bu deneyimlerden sonra önce Avrupa'da işçi sınıfının en örgütlü ve güçlü partisi olan Alman Sosyal Demokrat İşçi Partisi, daha sonra diğer ülkelerin işçi sınıfı partileri, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesini ve bir devlet hizmeti olarak örgütlenmesini programlarına aldılar (Akalın, 2013; Akalın, 2015).

Bu deneyimlerin ardından gerçekleşen Ekim Devrimi, ilk haftasından itibaren sağlık alanında o güne kadar insanlığın tanık olmadığı adımlar attı. İlk olarak bütün Sovyet yurttaşlarına beşikten - mezara sağlık güvencesi sağladı. Daha devrimin ikinci ayı dolmadan çıkartılan hastalık sigortası yasasıyla, tarihte ilk defa herkese sağlık hizmetleri ücretsiz kılındı.

Devrimin en büyük hedeflerinden biri, sağlık hizmetlerinin "devlet hizmeti" olarak örgütlenmesi, devletin yurttaşların sağlığından sorumlu olmasıydı. Bu amaçla devrimin daha yılı dolmadan, dünyadaki ilk Sağlık Bakanlığı örgütlendi ve yurttaşların sağlığı, Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğuna verildi. Sağlık Bakanı Nikolay Semaşko, önleyici hizmetlere ağırlık veren ve ülkenin en ücra köşelerine kadar yayılan eşsiz bir sağlık sistemi kurdu (Belek, 2017).

Ekim Devrimi bütün özel hastaneleri ve sağlık kuruluşlarını devletleştirerek, yalnızca parası olanların değil, bütün yurttaşların hizmetine soktu. Aynı şekilde tıp fakülteleri devletleştirildi ve tıp fakültesine girebilmek için bizzat işçi olmak veya işçi ailenin çocuğu olmak koşulu getirildi (Akalın, 2010; Newsholm ve Kingsbury, 2015).

Ekim Devrimi'yle kurulan Sovyetler Birliği bir "*işçi devletiydi*". Bu nedenle işçi sağlığı hizmetleri, ülkenin sağlık sisteminin omurgasına yerleştirildi. İşçi sağlığı ve iş güvenliği enstitüleri kurularak, iş kazalarına ve meslek hastalıklarına karşı savaş açıldı (Akalın, 2015).

Ekim Devrimi'nin sağlık alanındaki mirası saymakla bitmez. Bunun yerine Sovyet sağlık sisteminin 40 yıl içinde gerçekleştirdiği eşsiz başarılardan birkaçını sayalım. 1957 yılında Devrim kırkıncı yıldönümünü kutlarken, Sovyetler Birliği'nde 1917 yılında binde 273 olan bebek ölüm hızı (yani doğan her dört bebekten biri, bir yaşını göremeden yaşamını yitiriyordu) binde 40'a geriletilmişti. 1917 yılında yalnızca ortalama 37 yıl olan yaşam beklentisi 65 yıla yükselmişti. Bulaşıcı ve salgın

hastalıklar sorun olmaktan çıkmış, beslenme yetersizliğinden ve kötü hijyen koşullarından kaynaklanan hastalıklar tarihe karışmıştı (Akalın, 2010; Newsholm ve Kingsbury, 2015).

Ekim Devrimi'nin getirdiği toplumcu sağlık sisteminin başarıları Sovyetler Birliği ile sınırlı kalmadı, kısa sürede bütün insanlığa mal oldu. 1917 sonrasında birçok kapitalist ülke Sağlık Bakanlığı örgütleyerek, yurttaşlarının sağlığı konusunda Sovyetler Birliği kadar kapsamlı olmasa da sorumluluk almak zorunda kaldılar. Çeşitli ülkelerde "devlet" hastaneleri açıldı, sağlık sigortalarının kapsamı genişletildi.

Sovyet işçilerinin kazanımlarının gölgesinde kalan kapitalist dünya, 1919 yılında Uluslararası Çalışma Örgütü'nü (UÇÖ) kurarak, Sovyet emekçilerin Ekim Devrimi'nin "ilk haftasında" elde ettiği hakların bir kısmını, en azından gelişmiş kapitalist ülkelerdeki işçilere tanımak zorunda kaldı.

UÇÖ kurulur kurulmaz sekiz saatlik işgünü (fakat bu hak Sovyetlerde bütün sektörleri kapsarken, UÇÖ yalnızca sanayi işçileri için kabul etti), işyerlerinde kadınların ve çocukların korunmasına yönelik tedbirler, 14 yaşından küçük çocukların çalıştırılmasının yasaklanması (Sovyetler 16 yaş altına yasak getirmişti) konularında sözleşmeler yayınladı. Daha sonraki yıllarda yayınlanan UÇÖ sözleşmelerine bakılırsa, hepsinin yıllar içinde Sovyet emekçilerin elde ettiği hakları izlediği görülecektir (Sengenberger, 2013).

Ne var ki, Ekim Devrimi'nin sağlık alanındaki başarıları, sonraki yıllarda devrimlerini gerçekleştirerek, sağlık hizmetlerini Semaşko'nun "toplumcu sağlık" modeline göre örgütleyen bütün sosyalist ülkelerde yinelenirken, Sovyetleri taklit eden kapitalist ülkelerin hiçbirinde tekrarlanamadı.

Örneğin Sovyetler Birliği'ndeki emekçilerin sağlık ve güvenlik alanlarında elde ettikleri haklar, kısa sürede UÇÖ sözleşmesi haline geldi, fakat sözleşmeleri imzalayan ülkelerde hakların çoğu kağıt üzerinde kaldı. Benzer şekilde ne İngiltere, ne de Türkiye dahil sağlık hizmetlerini sosyalleştiren diğer kapitalist ülkeler, sosyalleştirmenin Sovyetler Birliği'ndeki başarılarını yineleyebildiler. Black Raporu, sosyalleştirmenin otuzuncu yılında İngiltere'de sağlıkta eşitsizliklerin eskiye göre daha da arttığını gösterdi (Akalın, 2013).

Neden sağlıkta Sovyet modeli sosyalist ülkelerde işliyor, fakat kapitalist ülkelerde sonuç vermiyordu? Ekim Devrimi'nin sırrı neydi? Yazımızın bundan sonraki bölümünde bu konuyu ele alacağız.

Toplumcu sağlık modelinin neden sosyalist ülkelerde başarılı sonuçlar verip, kapitalist ülkelerde işlemediği sorusunun yanıtı, modelin "*sağlık anlayışında*" yatar. Ekim Devrimi'nin en önemli mirası olan "toplumcu sağlık" anlayışı, sağlığın belirleyicilerini ve hastalıkların kaynaklarını biyolojide (genlerde, mikroplarda vb) değil, toplumun ekonomik üretiminin örgütlendiği koşulları ifade eden "*politik ekonomide*" arar (Akalın, 2013; Newsholm ve Kingsbury, 2015).

Toplumcu sağlık anlayışına göre, hastalıkları üreten toplumsal koşullara, politik ekonomik sistemler neden olur. Bu nedenle toplumcu tıp, politik ekonomik koşulların, diğer bir deyişle üretim araçları üzerindeki mülkiyet ve kontrolün, sağlık üzerine etkilerini analiz eder. Engels, Virchow veya Allende gibi toplumcu tıbbın önde gelen liderleri, hastalıkların ve vakitsiz ölümlerin gerçek kaynağının "*politik ekonomik patolojiler*" olduğunu vurgulamışlardır (Waitzkin ve ark. 2001; Akalın, 2013).

Politik ekonomik patolojiler içinde sağlık üzerine olumsuz etkileri olanların başında "kapitalist üretim koşulları" gelmektedir. Kapitalistler işçileri hastalıklara neden olan koşullarda yaşamaya ve çalışmaya zorlar. Toplum içinde üretim araçlarına sahip olanlar (kapitalistler), üretim ve toplum üzerindeki egemenliklerini, üretim araçlarına sahip olmayanların (emekçilerin) üretim kaynaklarına erişimini engelleyerek, emeklerini kontrol altında tutarak (tahakküm) ve ürettikleri artı değere el koyarak (sömürü) sağlarlar (Engels, 1997; Muntaner, 2015a).

Sömürü: Gelir eşitsizliği üreten sosyal mekanizma

Kapitalist toplumlarda bireyler ve toplumun çeşitli kesimleri arasında az ya da çok, fakat mutlaka bir "gelir eşitsizliği" söz konusudur.

Dünyada gelir eşitsizliğinin en düşük olduğu bölge olan Avrupa'da dahi, en zengin yüzde 10'luk kesim, ulusal gelirin yüzde 37'sini paylaşmaktadır. Ortadoğu'da bu oran yüzde 61'e varmaktadır (Deutsche Welle, 2017).

Dünyada gelir eşitsizliğinin en yüksek olduğu ülkeler arasında yer alan Türkiye'de ise durum çok daha çarpıcıdır: Türkiye'de en zengin yüzde 1'lik kesim, ulusal gelirin yüzde 23.4'üne el koyarken, nüfusun yarısı ulusal gelirin sadece yüzde 14.6'sını paylaşmak zorunda kalmaktadır (Marksist.org, 2017).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlıkta eşitsizliklerin ana nedeninin "*gelir eşitsizliği*" olduğunu ifade etmekte ve ülkelere sağlık durumlarını iyileştirmek için gelir eşitsizliğini telafi etmeye yönelik sosyal programlar uygulamalarını tavsiye etmektedir (Solar ve Irwin, 2010). Ancak DSÖ gelir eşitsizliğinin "*kaynağı*" konusunda sessiz kalmaktadır (Escudero, 2009).

Toplum içinde ekonomik eşitsizliklerin kaynağının, üretim araçları üzerindeki "özel mülkiyet" olduğunu ve üretim araçlarına sahip olanlar lehine bir eşitsizliğe yol açtığını biliyoruz. Bu durum, üretim araçlarına sahip olanların (kapitalistlerin), emekçilerin bu araçları kullanarak ürettiği artı değere "*el koyması*" sonucu ortaya çıkmaktadır (Nikitin, 2012).

Bu süreç şöyle gelişir: Emekçiler, mevcut yaşam standartlarının talep ettiği mal ve hizmet üretmeye yetecek kadar emekten (gerekli emek) daha fazlasını (artı emek) harcarlar ve üretim araçlarının sahibi olan kapitalist bu artı emeğe sermaye, "kâr" (ya da kazanç) adı altında "el koyar" (Marx, 2015). Buna "*sömürü*" denir.

Sömürü, kapitalistlerle işçiler arasında, kapitalistin zenginliğinin bir nedensellik ilişkisi içinde işçilerin yoksulluğuna bağlı olduğu "*asimetrik*" bir ekonomik ilişki yaratır. Böylece emekçiler yoksullaşırken, kapitalistler zenginleşir.

Sonuç olarak, toplum içinde gelir eşitsizliği üreten sosyal mekanizma "*sömürüdür*". Sosyal bir mekanizma olarak sömürü, sınıf ilişkilerinin açıklanmasında önemli rol oynar, kapitalist toplumlarda işçilerin işyerlerinde neden güçsüz olduklarını, neden düşük ücretlerle çalıştırıldıklarını, çok az sosyal hakları olduğunu ve sürekli sağlıkları ve güvenlikleri için tehlikeli çalışma koşullarına maruz kaldıklarını anlamamızı sağlar (Muntaner ve ark, 2015b).

Sağlık alanında ise sömürü, sağlığın sosyal belirleyicileri içinde çok önemli bir yeri olan "gelir eşitsizliği" üzerinden sınıfsal eşitsizlikler yaratan, "*ilişkisel*" bir mekanizma olarak kavramsallaştırılır (Muntaner ve ark, 2015a).

Gelir eşitsizliğini, gelir eşitsizliğinin kaynağı olan "sömürü ilişkisine" hitap etmeden ortadan kaldırabilmek mümkün değildir. Kapitalist bir ülkede gelir eşitsizliği, vergi düzenlemeleriyle veya sosyal programlarla değil, fakat işçi sınıfının mücadelesiyle bir dereceye kadar iyileştirilebilir. Yalnızca işçi sınıfının bilinç ve örgütlülük düzeyinin yüksek olduğu ülkelerde sömürü oranı (veya artı değer oranı) dizginlenebilir.

Kapitalist Kâr İle Emekçilerin Sağlığı Arasındaki Çelişki

Kapitalist ülkelerde sağlık programlarının çoğu kez başarısızlıkla sonuçlanmasının en önemli nedenlerinden biri, kapitalist üretimin ana amacı olan kapitalist kâr ile emekçilerin sağlığı arasındaki "*uzlaşmaz*" çelişkidir (Navarro, 1976).

Kapitalist kâr ile emekçi sağlığı ve güvenliği arasında, kapitalistin zenginleşmesi ile emekçinin yoksullaşması arasında olduğu gibi "asimetrik" bir ilişki vardır. Bunun nedeni, kapitalist üretim koşullarının neden olduğu hastalıkları ve ölümleri önlemeye yönelik tedbirlerin, işverenler için maliyetlerini arttırıcı (dolayısıyla kârlarını azaltan) yönde etki göstermesidir (Akalın, 2015).

Kapitalist kâr ile emekçilerin sağlığı ve güvenliği arasındaki çelişki, emekçilerin ve toplumun sağlık sorunlarının daha da kötüleşmesine neden olmakla kalmaz, aynı zamanda toplum içinde sağlık koşullarının iyileştirilmesini de engeller.

Toplumda nüfusun ezici çoğunluğunu, geçimlerini "emeklerini" satarak sağlayan insanlar oluşturur. Kapitalistler kârlarını (sömürüyü) arttırmak için emeğin üretkenliğini sürekli olarak arttırmak çabasındadır. Bu çabalar emekçiler üzerindeki sömürünün yoğunlaştırılmasına ve emekçilerin sağlıklarının ve güvenliklerinin tehlikeye girmesine neden olur (Akalın, 2015).

Kapitalistlerin emek sömürüsünü yoğunlaştırmak için kullandığı başlıca yöntemler şunlardır: işgününün uzatılması, emekçinin yıl içinde çalıştığı gün sayısının arttırılması, üretim hızının arttırılması, işçi başına elde edilen ürünün arttırılması için üretimin yeniden tasarlanması, işçi başına elde edilen ürünün arttırılması için teknolojinin ve makinelerin kullanılması, aynı miktarda iş için daha az emekçi istihdam edilmesi, ücretlerin ve sosyal hakların kesilmesi (Rosenthal, 2010, Marx, 2015).

Bu yöntemlerin hepsinin emekçilerin sağlığı ve güvenliği üzerindeki olumsuz sonuçları, dünyanın her yerinde bilimsel çalışmalarla kanıtlanmıştır. Nitekim işçi sınıfının bilinçli ve örgütlü, emek hareketinin politik olarak güçlü olduğu ülkelerde kapitalistler, kârlarını arttırmak için emekçiler üzerindeki sömürüyü yoğunlaştıran bu yöntemlere kolayca başvuramamaktadır. Bu ülkelerde toplumun sağlık göstergelerinin, diğer kapitalist ülkelerin göstergelerinden göreli iyi olmasının başlıca nedeni budur (Akalın, 2015).

Sonuç

İnsanların sağlık durumunu, davranışsal, sosyal ve sınıfsal faktörlerden oluşan bir kompleks belirler. Ancak bu faktörler içinde "*sınıfsal*" faktörler, davranışsal ve sosyal faktörlerin de belirleyicisidir. Bu nedenle sınıflı toplumlarda bireylerde davranışlarına ve/veya sağlığın sosyal belirleyicilerine hitap edebilmek için, üretim araçları üzerindeki özel mülkiyete ve sömürü ilişkilerine son verilmesi ve toplumun üretim araçları ile karar organları üzerinde kontrolünün sağlanması şarttır (Akalın, 2015).

Ekim Devrimi Sovyetler Birliğinde öncelikle üretim araçları üzerindeki özel mülkiyete ve sınıflar arasındaki sömürü ilişkilerine son verdiği için, sağlık alanındaki uygulamaları başarılı olabilmiştir. Ekim Devrimi yalnızca Sovyet emekçilerinin çalışma ve yaşam koşullarını iyileştirmekle kalmamış, aynı zamanda sağlıkta eşitsizliklere kaynaklık eden toplumsal eşitsizlikleri ve sömürüyü de ortadan kaldırmıştır (Akalın, 2010).

http://bilimveaydinlanma.org/ekim-devrimi-neden-toplum-sagliginda-diger-sistemlere-gore-basarili-oldu/

Akif Akalın - Madde, Diyalektik ve Toplum, 1 Ocak 2018.

KAYNAKLAR

Akalın, A. 2010. Toplumcu Tıp: Sovyetler Birliği Deneyimi. Yazılama Yayınevi, İstanbul.
Akalın, A. 2013. Toplumcu Tıbba Giriş: Toplumcu Tıp Ders Notları. Yazılama Yayınevi, İstanbul.
Akalın, A. 2015. Sağlığa ve Hastalığa Toplumcu Yaklaşım. Yazılama Yayınevi, İstanbul.
Belek, İ. (2017). Sovyetler Birliği'nin ilk sağlık bakanı: Doktor Semashko. http://haber.sol.org.tr/dunya/sovyetler-birliginin-ilk-saglik-bakani-doktor-semashko-216092 . 6.11.2017. (Erişim 25.12.2017).

Deutsche Welle. 2017. Gelir eşitsizliği dünya genelinde arttı. http://www.dw.com/tr/gelir-eşitsizliği-dünya-genelinde-arttı/a-41795614 14. 12. 2017. (Erişim 25.12.2017).

Engels, F. 1997. Kişisel Gözlemlerden ve Sağlıklı Kaynaklardan İngiltere'de Emekçi Sınıfın Durumu. Eriş, Ankara.

Escudero, J.C. 2009. What is said, what is silenced, what is obscured: The Report of the Commission on the Social Determinants of Health. Social Medicine, 4(3): 183 – 185.

Marx, K. 2015. Kapital. Cilt 1. Yordam Kitap, İstanbul.

Marksist.org. 2017. Patronların partisi: AKP iktidarında gelir eşitsizliği artıyor. http://marksist.org/icerik/Isci/8512/Patronlarin-partisi-AKP-iktidarinda-gelir-esitsizligi-artiyor 17.12.2017. (Erişim 25.12.2017).

Muntaner, C. ve ark. 2015a. Social Class and Mental Health: Testing Exploitation as a Relational Determinant of Depression. International Journal of Health Services, 45(2): 265-284.

Muntaner, C. ve ark. 2015b. Two decades of Neo-Marxist class analysis and health inequalities: A critical reconstruction. Social Theory & Health, 13(3/4): 267–287.

Navarro, V. 1976. Medicine under Capitalism. Prodist, New York.

Newsholme, A., ve Kingsbury, J.A. 2015. Kızıl Tıp. (Çev. Selçuk Görmez). Yazılama Yayınevi. İstanbul.

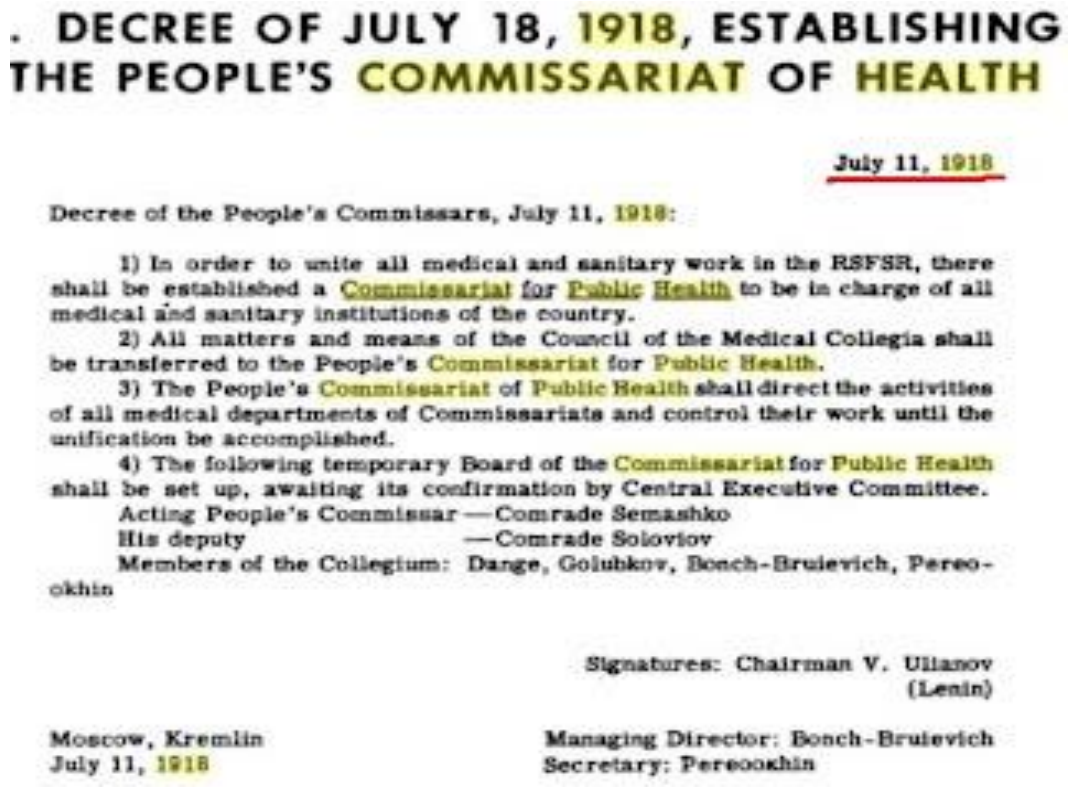
Nikitin, P. 2016. Ekonomi Politik. Dorlion Yayınevi, Ankara.

Rosenthal, S. 2010. Sick and Sicker: Essays on Class, Health and Health Care. http://susanrosenthal.com/sick-and-sicker (Erişim 25.12.2017)

Solar, O., Irwin, A. 2010. A conceptual framework for action on the social determinants of health. WHO, Geneva.

Sengenberger, W. 2013. The International Labour Organization: Goals, functions and political impact. Friedrich-Ebert-Stiftung, Global Policy and Development, Berlin.

Waitzkin, H. ve ark. 2001. Public Health Then and Now. American Journal of Public Health, 91(10): 1592-1601.



. DECREE OF JULY 18, 1918, ESTABLISHING THE PEOPLE'S COMMISSARIAT OF HEALTH

July 11, 1918

Decree of the People's Commissars, July 11, 1918:

1) In order to unite all medical and sanitary work in the RSFSR, there shall be established a Commissariat for Public Health to be in charge of all medical and sanitary institutions of the country.

2) All matters and means of the Council of the Medical Collegia shall be transferred to the People's Commissariat for Public Health.

3) The People's Commissariat of Public Health shall direct the activities of all medical departments of Commissariats and control their work until the unification be accomplished.

4) The following temporary Board of the Commissariat for Public Health shall be set up, awaiting its confirmation by Central Executive Committee.

Acting People's Commissar — Comrade Semashko
His deputy — Comrade Soloviov
Members of the Collegium: Dange, Golubkov, Bonch-Bruievich, Pereo-okhin

Signatures: Chairman V. Ulianov (Lenin)

Moscow, Kremlin
July 11, 1918

Managing Director: Bonch-Bruievich
Secretary: Pereookhin

Sovyet ekonomisi *planlı* bir ekonomidir. Özel çıkarların yıkıcı rekabeti, güç ve kaynakların verimsiz harcanması yerine, Sovyet iktidarı tamamen emekçi kitlelerin çıkarlarına tabi, planlı bir temel oluşturmuştur.

Sağlık işlerinde sistem ve plan eksikliği, diğer ekonomik ve kültürel alanlardan daha az değil, belki daha da fazla zararlıdır. Gerçekten de, bulaşıcı ve salgın hastalıklarla mücadele, eğer dağınık, uyumsuz ve birleştirilmemiş bir şekilde yürütülürse, nasıl başarıyla sürdürülebilir? Bu yüzden, Sovyet iktidarının daha başından itibaren, hatta Narkomzdrav'ın kuruluşundan dahi önce, sağlık işlerine planlı bir temel getirmek, Sovyet iktidarının görevi olmuştur.

Ekim Sosyalist Devrimi'nden kısa bir süre sonra Leningradlı doktor-bolşevikler (1), birleşik bir yönetim merkezi olan Sağlık Halk Komiserliği'ni (Narkomzdrav) kurmayı teklif ettiler. Ancak dahi önder V. I. Lenin, bu meselede de kendisine has siyasi bilgeliğini ve ileri görüşlülüğünü gösterdi. O dönemde Narkomzdrav'ın kurulmasını "zamanından önce" buldu ve şu şartların önceden yerine getirilmesini tavsiye etti:

- Öncelikle yerel sağlık organlarının kurulması, böylece Narkomzdrav'ın "*ordusuz bir general*" durumuna düşmemesi,
- İlerici doktorları kendi tarafına çekmek, onları sabotajcılardan ve karşı devrimcilerden ayırmak,
- Sovyet sağlık örgütlenmesi fikrini daha derinden geliştirip propaganda etmek, böylece her işçinin bunu anlayabileceği kadar açık ve net hale getirmek.

Sovyet sağlık sisteminin inşası, işte bu Leninist talimatlar doğrultusunda ilerledi. Çeşitli komiserliklerin (İçişleri, Ulaşım vb.) temsilcilerinden oluşan geçici bir organ olan "Tıp Kolejleri Konseyi" kuruldu (2). Bu organın amacı, Halk Komiserlikleri bünyesinde kurulan Sağlık Departmanlarının (İdarelerinin), sağlık alanındaki çalışmalarını ve planlamasını koordine etmekti.

Tıp biliminin en seçkin temsilcileri, Sovyet iktidarının sağlık ve tıp bilimini "yıkmadığını", aksine işin kararlı bir şekilde iyileştirilmesi için, her türlü çabayı gösterdiğini görünce, Sovyet iktidarının ve Sovyet tıbbının safına geçmeye başladılar. Akademisyen Zabolotnıy, Akademisyen Lazarev, Profesör Taraseviç ve diğerleri gibi tanınmış bilim insanları bu sürece katıldı (3).

Yoldaş Lenin'in, bilim insanlarının komünizme hangi yoldan geleceğine dair şu sözleri doğrulandı:

> "*...mühendis komünizme, yeraltı propagandacısı veya edebiyatçı gibi değil, kendi biliminin verileri aracılığıyla gelecektir*" (4). Ve ayrıca: "*Çünkü onlar, işçi sınıfının yalnızca kültüre değer veren değil, aynı zamanda bunun kitleler arasında yayılmasına yardım eden örgütlü öncü tabakaları öne çıkardığını gördükçe, bize olan tutumlarını değiştiriyorlar*" (5).

Yoldaş Lenin'in bir diğer talimatı daha yerine getiriliyordu: Yerellerde, yerel sağlık organlarının inşa edilmesi için ısrarlı bir çalışma yürütülüyordu.

Haziran 1918'de *Tüm Rusya Sağlık Departmanları Kongresi* (o dönemki adıyla "Sovdep"lerin tıbbi-sıhhi departmanları) toplandığında ve Kongre'de Narkomzdrav'ın örgütlenme ilkeleri ile Sovyet tıbbının temellerine ilişkin raporlar titizlikle tartışıldığında, V. İ. Lenin'in onayıyla Halk Komiserleri Konseyi'ne (SNK) bir kararname taslağı sunuldu. Bu taslak, dünyanın ilk bağımsız ve tam yetkili Sağlık Bakanlığı olan Narkomzdrav'ın kurulmasını öngörüyordu. Halk Komiserleri Konseyi, 13 Temmuz 1918 tarihinde bu tarihi kararnameyi kabul etti (6).

Tıbbın tek bir çatı altında "birleştirilmesi" sürecinin niteliğini de belirtmek gerekir. Bu süreç sadece bir "*emir*" yoluyla değil (her ne kadar Halk Komiserleri Konseyi kararnamesi buna yetki verse de), aynı zamanda bu birleşmenin hizmet verilen halkın çıkarına olduğunu kanıtlayan bir "*gösterme*" yöntemiyle ilerledi.

O dönemde son derece zayıf, bağımsız bir örgüt olan askeri-sıhhi departman bile Narkomzdrav'ın bünyesine dahil edildi. Çünkü Narkomzdrav'ın nispeten güçlü tabanına dayanarak Kızıl Ordu'ya daha iyi hizmet verebilirdi.

Narkomzdrav tarihi boyunca "*ne pahasına olursa olsun birleşme*" fikri, hiçbir zaman bir tabu (fetiş) haline getirilmedi, konuya asla şekilci yaklaşılmadı (7). *Salus populi* (Halkın çıkarı/sağlığı) her zaman *suprema lex* (en üstün kanun) oldu. Bu ilke günümüze kadar da korunmuştur. Gelişen ve karmaşıklaşan ekonomik inşa süreci, tıbbi endüstrinin Sağlık Bakanlığı'ndan ayrılmasını zorunlu kıldığında, Sovyet hükumeti bağımsız bir *Tıbbi Endüstri Bakanlığı* kurdu (8).

Sağlık işlerinde planlama ilkesi kesinlikle gereklidir. Bu işi planlı bir şekilde yürütmek için, tüm sağlık işlerini idare edecek, tam yetkili bir organa ihtiyaç vardır. Antiepidemik (9) ve diğer tedbirlerin uygulanmasındaki planlama ilkesi ve tüm sağlık işlerinin yönetim birliği, geçmişte Büyük Vatanseverlik Savaşı sırasında Sovyet nüfusunun epidemik refahı için verilen mücadelede devasa bir rol oynamıştır.

Bilimin en iyi temsilcileri, sağlık işleri için yönetim birliğinin önemini çok önceden, çok iyi anlamışlardı. Henüz 1901 yılında Prof. Mirman (10), "Hygiène" dergisinde şöyle yazıyordu:

> "*Prefekt* (11) *sık sık halk sağlığıyla ilgilenir ve faydalı olmak ister. Hükumetten destek ararken, Paris'teki bütün Bakanlıkları dolaşmalı ve bir düzine yönetim müdürüyle görüşmelidir. Bu çileli yollarda yönünü şaşırmamak ve durmamak için büyük bir kararlılık gereklidir*".

Mirman devamla şöyle diyor:

> "*Bu durum özellikle tüberküloz ve alkolizm gibi toplumsal hastalıklarla mücadele için geçerlidir. Tüberkülozla mücadele hangi bakanlık departmanında hazırlanabilir, başlatılabilir ve yürütülebilir?*

Bu mücadele artık Çalışma Bakanlığı'na (ucuz konutlar, sigorta, atölye ve fabrika hijyeni), Tarım Bakanlığı'na (beslenme hijyeni ve süt denetimi), İçişleri Bakanlığı'na (yerel yönetimler için sıhhi talimatlar ve dezenfeksiyon), Eğitim Bakanlığı'na (okul tıbbi denetimi) bağlıdır. Hükumete, halkı en ezeli düşmanından korumak için almayı niyetlendiği önlemler hakkında bir soru yöneltildiğinde, (ordu, donanma ve sömürgeler hariç) dört bakan tartışmalara katılmak zorunda kalacaktır.

Kısacası, hijyen departmanları farklı bakanlıklar ve yönetimler arasında parçalandığında, hükumet içinde hijyenden ve halk sağlığından sorumlu kimse kalmamaktadır. Belirtilen bir Halk Sağlığı Bakanlığı'nın örgütlenmesi, bu kaosa ve rastgeleliğe bir son verecektir".

Ancak kapitalizmde böyle uçuşlar için kanatlar kesilmiştir. Gördüğümüz gibi, "yönetim aparatı" ancak güçlü bir devlet örgütüne dayanıyorsa güçlü olabilir, aksi takdirde "ordusuz bir general" olur. Ve kapitalist ülkelerde böyle güçlü bir devlet sağlık örgütü yoktur.

Bu sorunu tamamen, yalnızca Sovyet iktidarı çözmüştür: Birleşik, sıkı bir şekilde düşünülmüş, planlı ilkeler üzerine kurulmuş bir devlet, toplum sağlığı koruma örgütü yaratmış ve bunun başına güçlü bir yönetim merkezi getirmiştir.

AÇIKLAYICI NOTLAR

1. Leningrad'ın devrim sırasında ismi *Petrograd*'dı. *Petrograd İşçi ve Asker Vekilleri Sovyeti*'nin Askeri Devrimci Komite'si, Dr. *Mikhail Ivanovich Barsukov*'u (1890 – 1974) Kızıl Muhafızlara sağlık hizmeti sunacak bir *Sağlık Birimi* oluşturmakla görevlendirmişti. Sağlık Birimi devrimden sonra, devrime sempati duyan hekimleri ve sağlık emekçilerini bir araya getirmek ve sağlık hizmetlerini yeniden örgütlemekle görevlendirildi.

2. Tıp Kolejleri Konseyi bazı kaynaklarda *Sağlık İdareleri Konseyi* ve diğerlerine *Tıp Kurumları Konseyi* olarak geçer. 24 Ocak (6 Şubat) 1918'de Halk Komiserlikleri bünyesinde oluşturulan *Sağlık İdareleri* bir araya getirilerek, ülkedeki en yüksek sağlık organı olan *Sağlık İdareleri Konseyi* oluşturuldu ve başkanlığına Dr. *Aleksandr Nikolayeviç Vinokurov* (1869–1944), başkan yardımcılıklarına Dr. Vera Mikhailovna Velichkina (Bonch-Bruyevich) ve Dr. Mikhail Ivanoviç Barsukov getirildi. Konsey, Cumhuriyetin en yüksek tıp organıydı.

3. *Danilo Kıriloviç Zabolotnıy* (1866–1929) Epidemiyolog, dünyadaki ilk epidemiyoloji araştırma departmanını kurdu. *Pyotr Petrovich Lazarev* (1878–1942), Biyofizikçi, Moskova Fizik ve Biyofizik Enstitüsü'nü kurdu. *Lev Aleksandrovich Tarasevich* (1868–1927), İmmunolog, epidemiyolog, Devlet Tıbbi ve Biyolojik Ürünler Standardizasyon ve Kontrol Enstitüsü'nü kurdu.

4. *Lenin*'in, 22 Şubat 1921 tarihinde Pravda gazetesinde yayınlanan "*Bütüncül Ekonomik Plan*" başlıklı yazısından. Tümcenin tamamı:

> "*Görev, onlardan öğrenmek ve mühendisin komünizme giden yolunun yeraltı propagandacısı ve yazarın yolundan farklı olduğunu, mühendisin kendi biliminin kanıtlarıyla yönlendirildiğini, dolayısıyla ziraat mühendisinin, ormancılık uzmanının vb. her birinin komünizme doğru izleyeceği kendi yolunun olduğunu her zaman akılda tutarak, kendi alanlarındaki başarıları temelinde dünya görüşlerini genişletmelerine yardımcı olmaktır*".

5. *Lenin*'in 18 - 23 Mart 1919 tarihleri arasında düzenlenen 8. Parti Kongresi çerçevesinde, 19 Mart 1919'da "*Parti Programı Hakkında Rapor*" başlıklı konuşmasından. Tümce şu bağlamda geçmektedir:

"*İşçi sınıfının sadece kültüre değer vermekle kalmayıp, aynı zamanda onu halka aktarmaya da yardımcı olan örgütlü ve gelişmiş kesimleri desteklediğini gördükçe, bize karşı tutumları değişiyor. Bir hekim, proletaryanın işçi sınıfını salgınlarla mücadelede bağımsız faaliyete teşvik ettiğini gördüğünde, bize karşı tutumu tamamen değişir. Bizde bu tür burjuva hekimler, mühendisler, ziraat mühendisleri ve kooperatifçilerden oluşan büyük bir kesim var ve pratikte proletaryanın bu davaya giderek daha fazla insanı kattığını gördüklerinde, sadece siyasi olarak burjuvaziden kopmakla kalmayacak, ahlaki olarak da fethedileceklerdir. O zaman işimiz kolaylaşacak*".

6. Burada baskı hatası olabilir. Yazının girişine koyduğumuz fotoğrafta görülebileceği gibi Kararname 11 Temmuz 1918 tarihinde imzalanıyor ve 18 Temmuz 1918'de yürürlüğe giriyor.

7. Semaşko, bu oldukça "nazik" konuyu geçiştiriyor. Semaşko'nun hayali ve *işin doğrusu*, ülkedeki "bütün" sağlık kurumlarının "tek bir çatı" altında toplanması ve yönetimidir. Ancak başta Savunma Bakanlığı (Kızıl Ordu Askeri Sağlık Birimi), Ulaştırma Bakanlığı (Demiryolları Sağlık Teşkilatı) ve Çalışma Bakanlığı (madenler ve büyük fabrikalarda örgütlenmiş sağlık kuruluşları) olmak üzere çeşitli bakanlıklar "kendi" sağlık kurumlarını Sağlık Bakanlığı'na devretmek istemiyor ve bu konuda Bakanlıklar arasında çatışmalar yaşanıyor.

Savunma Bakanlığı Silahlı Kuvvetler İkmal Başkanlığı'na bağlı olan Merkezi Askeri Tıp İdaresi, 1918 yılında Semaşko'nun ısrarı ile Sağlık Halk Komiserliği'ne (Narkomzdrav) "bağımsız bir bölüm" olarak bağlanmışsa da, askeri tıp hizmeti 1930'larda tamamen askeri hiyerarşi içine alınıyor ve Savunma Bakanlığı'nın (önceki adıyla Halk Askeri ve Deniz İşleri Komiserliği vb.) parçası oluyor.

Aynı şekilde 1918'de Sağlık Bakanlığı'na bağlanan Demiryolları Sağlık Teşkilatı da, 28 Nisan 1931 tarihli SSCB Halk Komiserleri Konseyi (Sovnarkom) kararıyla *Demiryolları Mediko-saniter Örgütlenmesi* olarak genel sağlık sistemi dışına çıkarılarak Ulaştırma Bakanlığı'na bağlanıyor.

Semaşko 1930 yılı başında Sağlık Bakanlığı görevinden ayrıldıktan (veya görevden alındıktan) sonra gerçekleştirilen bu operasyonlarla, Sovyetler Birliği'nde sağlık hizmetlerinde "çok-başlılık" ortaya çıkıyor.

8. Burada da Semaşko, aşağıdaki paragraflar okunduğunda daha iyi anlaşılan bir "kinaye" yapıyor. 1917 Ekim Devrimi'nden sonra Rusya'daki tıbbi endüstri "devletleştirildiğinde", doğrudan Sağlık Bakanlığı'na bağlandı. 1918 ortasından 1919 sonuna kadar Rusya'da kimya ve farmakoloji fabrikaları ve tıbbi üretim tesisleri ulusallaştırıldı. 28 Aralık 1918'de Halk Komiserleri Konseyi (Sovnarkom) "*Eczanelerin Ulusallaştırılması Hakkında*" kararnameyle, özel eczaneleri ve eczane işletmelerini devlet mülkiyetine geçirmiş, yönetim Sağlık Halk Komiserliği'nin (Narkomzdrav) Farmasötik Bölümü'ne verilmişti. *Yeni Ekonomik Politika* (NEP) döneminde bazı özel ve kiralık eczanelere izin verildiyse de, 1920'lerin ortasına doğru (yaklaşık 1925) bunlar da yeniden tamamen devlet mülkiyetine alındı.

14 Haziran 1946'da Sovyet hükumeti, Semaşko'nun bahsettiği bağımsız *Tıbbi Endüstri Bakanlığı*'nı örgütleyerek, Sağlık Bakanlığı bünyesindeki kimya-farmakoloji, tıbbi alet ve protez sanayi işletmelerini yeni bakanlığa devretti. Bu da sağlık hizmetinin tek elde toplanmasını öngören, sağlıktaki çok-başlılığı daha da arttıran, toplumcu tıp anlayışına aykırı bir uygulamaydı. Ancak Sovyet hükumeti bu hatasından kısa sürede dönüp, 1 Mart 1948'de Tıbbi Endüstri Bakanlığı'nı lağvederek, Sağlık Bakanlığı'na bağlı Tıbbi Endüstri Ana Müdürlüğü'ne dönüştürdü.

Maalesef yirmi yıl kadar sonra hata yinelendi ve Tıbbi Endüstri Bakanlığı yeniden bağımsız bir bakanlık olarak, 25 Nisan 1967'de tekrar kuruldu. 21 Kasım 1985'te Tıbbi ve Mikrobiyoloji Endüstrisi Bakanlığı'na dönüştürüldü. 27 Haziran 1989'da tekrar Tıbbi Endüstri Bakanlığı adıyla yeniden örgütlendi.

9. *Anti-epidemik tedbirler*: Salgın hastalıklarla mücadelede alınan tedbirler.

10. *Léon Mirman* (1865 – 1928), Fransa'da 20. yüzyılın başlarında Kamu Sağlığı, Yardım ve Hijyen İdaresi'nin (Direction de l'Assistance et de l'Hygiène Publiques) yöneticisi olan tanınmış bir bürokrat ve yetkilidir. Dönemin önemli sağlık yayınlarından biri olan Revue d'hygiène et de police sanitaire dergisinde makaleleri yayımlanmış, halk sağlığı politikaları, belediye hijyen büroları ve koruyucu hekimlik üzerine devrimci bir yaklaşım sergilemiştir.

11. *Prefekt,* Latince praefectus kelimesinden gelen ve genel anlamda idari bir bölgenin veya kurumun yöneticisi, başkanı ya da devlet temsilcisi olan yüksek rütbeli görevlilere verilen unvandır. Yazı bağlamında devletin bir il veya bölgedeki (departman) resmi temsilcisi, yani vali benzeri idari yöneticisidir.

OKUMA: DÜNYADA İLK SAĞLIK BAKANLIĞI NEREDE KURULDU?

Aslında bu sorunun yanıtı çok iyi biliniyor: Sovyet Sosyalist Cumhuriyetleri Birliği (SSCB) veya o dönemdeki adıyla Rusya Sovyet Federatif Sosyalist Cumhuriyeti (RSFSC). Fakat SSCB'de kapitalizme dönüş sonrasında bu gerçek tartışma konusu haline geldi. Rusya'da bazı akademisyenler, "Çarlık Rusya'sında zaten bir Sağlık Bakanlığı vardı" demeye başladılar. Diğer yandan aralarında Küba'nın da bulunduğu bazı ülkeler, tarihteki ilk Sağlık Bakanlığı'nın kendi ülkelerinde örgütlendiğini iddia ettiler.

Tabii burada mesele Bakanlar Kurulu'na bir sandalye daha konması değil. Bir devletin sağlık için bir "Bakanlık" kurması, sağlığı bireylerin "özel" sorunu olarak değil, "toplumsal" bir sorun olarak gördüğünün, bu alanda sorumluluk üstlendiğinin ifadesidir.

Biz "bunu tarihte ilk kez sosyalistler yaptı ve sermayeyi de sağlık konusunda sorumluluk almaya zorladı" diyoruz, SSCB'nin 1918'de örgütlediği Sağlık Halk Komiserliği'nin tarihteki ilk Sağlık Bakanlığı olmadığını savunanlar, sosyalizmin bu konuda bir yenilik getirmediğini söylüyor.

BUGÜNE HÜKMEDEN GEÇMİŞE HÜKMEDER, GEÇMİŞE HÜKMEDEN GELECEĞE HÜKMEDER

Dünyadaki ilk Sağlık Bakanlığı'nın Sovyetler Birliği tarafından örgütlendiği gerçeği, başta Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) olmak üzere birçok uluslararası platformda defalarca dile getirildi ve hiçbir itirazla karşılaşmadı. Örneğin DSÖ'nün Cenevre'de 5 - 22 Mayıs 1970 tarihinde düzenlenen 23. Dünya Sağlık Konseyi toplantısında söz alan Çekoslovak delege Dr. Plesko, 100. doğum gününü kutladığı Lenin'in, dünyanın ilk Sağlık Bakanlığı'nı örgütlediğini anımsatıyordu (WHO, 1970: 154).

O gün toplantıda bulunan Küba delegeleri Dr. M. Escalona Reguera (Halk Sağlığı Bakanlığı yöneticisi), Dr. N. Garcia - Calella Gonzales (Tıp Fakültesi Dekanı) ve F. Ortiz Rodriguez (Küba'nın BM Daimi Temsilcisi) (WHO, 1970: 4) veya Avusturya delegeleri G. Wondrack, (Devlet Bakanı), Dr. F. A. Bauhofer (Sağlık Bakanlığı yöneticisi) ve Dr. R. Havlasek (Sosyal İşler Bakanlığı yöneticisi) (WHO, 1970: 1) Plesko'ya itiraz etmediler. Fakat bugün dünyada ilk Sağlık Bakanlığı'nın 1909 yılında Küba'da veya 1917 yılında Avusturya'da örgütlendiğine ilişkin iddialar var.

Bugüne hükmeden güçler, geleceğe de hükmedebilmek için geçmişe hükmetmeye çalışıyor. Yirminci yüzyılın sonlarına doğru işçi sınıfının sosyalizmden uzaklaşmaya başlaması ve sosyalizmin çözülmesiyle birlikte tarih yeniden yazılmaya, sosyalizmin geçmişteki başarıları tarihten silinmeye başlandı. Sermayenin üniversiteleri, tarihi sermayenin çıkarları doğrultusunda yeniden yazmaya başladılar.

Sosyalizme saldırının sağlıktan başlaması tesadüf değil. Çünkü sosyalizm sağlıkta öyle başarılıydı ki, sosyalizmin en azılı düşmanları dahi sağlık konusunda ağızlarını açamıyorlardı. Kapitalizme geri dönen eski sosyalist ülkelerde yeni yönetimler, halkın tepkisini çekmemek için çok uzun bir süre sağlıktaki sosyalist uygulamalara (dispanserizasyon yöntemi, poliklinik sistemi vb) el süremediler. Sosyalizmin çözülmesinin üzerinden 30 yıl geçmiş olmasına rağmen, bugün bile eski sosyalist ülkelerde sağlıkta geçmişin sosyalist uygulamaları yaşıyor.

AVUSTURYA İDDİASI

Bugün insanlara geçmiş çarpıtılarak, sermayenin gereksinimlerine göre yeniden sunuluyor. Bazı akademisyenler dünya üzerinde ilk Sağlık Bakanlığı'nın 1917 yılında Avusturya'da kurulduğunu iddia ediyorlar. Ukraynalı akademisyen Tetyana Lahmanyuk, Ivan Gorbachevsky – Minister of Austria başlıklı makalesinde, Gorbachevsky'nin "anılarına" dayanarak, tarihteki ilk Sağlık Bakanı'nın Ukrayna kökenli bir Avusturya vatandaşı olan Ivan Gorbachevsky olduğunu savunuyor. Lahmanyuk iddiasına temel aldığı, Gorbachevsky'nin anısını şöyle aktarıyor:

"30 Ağustos 1917'de Bakan olarak atandım. Kararname mevcut Sosyal Yardım Bakanlığı'ndan bağımsız çalışacak bir Sağlık Bakanlığı kurulması için hazırlık yapılmasına ilişkindi" (Lahmanyuk, 2011: 246).

Aslında iddia Lahmanyuk'tan çok daha önce, SSCB'de sosyalizm çözüldüğünde ortaya atılıyor. Ukrayna'nın Ternopil Devlet Tıp Üniversitesi, 1 Temmuz 1992'de aldığı bir kararla ismini değiştirerek I. H(G)orbachevsky Ternopil Ulusal Tıp Üniversitesi adını alıyor. Kuşkusuz burada bir değil "iki" değişiklik var, biri ismin başına I. H(G)orbachevsky eklenmesi, ikincisi "devlet" yerine "ulusal" teriminin geçmesi. Bu ikinci değişiklik üniversitenin eskiden olduğu gibi "ücretsiz" olmadığı anlamına geliyor.

I. H(G)orbachevsky Ternopil Ulusal Tıp Üniversitesi'nin web sitesinde H(G)orbachevsky'nin yaşam öyküsüne yer verilmiş. Burada da "... 1918 yılında ilk Sağlık Bakanı olarak atandı, böylece Avusturya'da Sağlık Bakanlığı'nın, dünyadaki ilk Sağlık Bakanlığı'nın kurucusu oldu" ifadesi yer alıyor (1).

Şüphesiz aşağıda görüleceği gibi Avusturya'nın sahip çıkmadığı bu iddianın, Ukrayna'da "Tıp Tarihi" dersinde öğrencilere anlatılmasına ve ders kitaplarında yer almasına itiraz edenler de var fakat arkalarında işçi sınıfı durmadığı için sesleri duyulmuyor.

Avusturya'da bugün sağlıktan da sorumlu olan ve Dünya Sağlık Örgütü'nün Avusturya'da Sağlık Bakanlığı olarak muhatap kabul ettiği Federal Sosyal İşler, Sağlık, Bakım ve Tüketici Koruma Bakanlığı var. Bakanlık, 30 Ekim 2008'de kuruluşunun 90. yılını kutlamış ve 2009 yılında bir broşür yayınlamış: Festschrift: 90 Jahre Sozialministerium.

Broşürün sonunda, Avusturya tarihinde Sosyal İşler, Sağlık, Bakım ve Tüketici Koruma alanlarında "Bakanlık" yapanların isimleri yer alıyor. Listenin ikinci sırasında Ministerium für Volksgesundheit (Halk Sağlığı Bakanlığı), Minister (Bakan) Dr. Johann HORBACZEWSKI (30. 7. 1918 - 30.10.1918) ifadesi yer alıyor (BASK, 2009: 72).

Oysa Rusya'da Sağlık Halk Komiserliği kararnamesi Lenin tarafından 11 Temmuz 1918'de imzalanıyor ve Nikolay Semashko 18 Temmuz'da, diğer bir deyişle Horbaczewski'den 12 gün önce görevine başlıyor.

Ancak literatürde Avusturya'nın Sağlık Bakanlığı konusunda bazı tereddütler olduğu gözleniyor. British Medical Journal'ın 14 Eylül 1918 tarihli nüshasında Avusturya Sağlık Bakanlığı konulu bir habere rastlanıyor. Haberde Bakanlığın örgütlendiği tarih yok, fakat "yakınlarda" örgütlendiği belirtiliyor. Haberde çok enteresan bir ifade var:

"Gerçi bu ülkede, bu Bakanlığın orijinine ilişkin çok az şey duyulduğundan, dağınık referanslarla doğuşuna karar vermek kolay değil" (BMJ, 1918: 290).

Wikipedia'nın k.k. Ministerium für Volksgesundheit başlıklı maddesinde ise olay şöyle aktarılıyor:

Horbaczewski, 30 Ağustos 1917'de İmparator 1. Karl tarafından Ernst von Seidler hükumetinde, Avusturya – Macaristan İmparatorluğu'nun "batı yarısında" bir Sağlık Bakanlığı kurulması için hazırlık yapması için İçişleri Bakanlığı emrine atanmış (2). İmparator, 24 Kasım 1917'de yeni Bakanlığın kurulmasına onay vermiş. 27 Temmuz 1918'de İmparator tarafından çıkartılan bir yasa ile Bakanlık kurulmuş (3). İmparator 30 Temmuz 1918'de Horbaczewski'yi, Hussarek hükumetinde Halk Sağlığı Bakanı olarak atamış (4).

Bu nedenle yukarıdaki broşürde Horbaczewski'nin 30 Temmuz 1918'de Bakan olarak atandığı belirtilmiş. Fakat Horbaczewski'nin Bakanlığı sadece 3 ay sürüyor ve Halk Sağlığı Bakanlığı 30 Ekim 1918'de yeniden Halk Sağlığı Ofisi düzeyine indiriliyor ve başına Ignaz Kaup getiriliyor (Wikipedia, tarihsiz).

ÇARLIK RUSYASI İDDİASI

Rusya'da birçok akademisyen Birinci Paylaşım Savaşı sürecinde Çarlık Rusya'sında askeri gereksinimlerin ülkedeki sağlık kurumları arasında bir eşgüdüm talep ettiğini ve savaş koşullarının halk sağlığını kötüleştirmesinin de ülkede merkezi bir sağlık örgütüne ihtiyacı daha da güçlendirdiğini ve bunlara yanıt olarak 21 Eylül 1916'da bir Merkezi Sağlık Kurulu oluşturulduğunu iddia ediyor. Akademisyenlere göre bu Kurul, "dünyadaki ilk Sağlık Bakanlığı veya prototipidir" (Reshetnikov ve ark, 2019: 17; Ivchenko ve ark., 2016: 184; Kozovenko, 2016: 274).

Sechenov Üniversitesi'nden Chizh ve Karpenko, tanınmış Rus jinekolog Dr. Georgy Ermolaevich Rein'in Rusya için bir Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü önerdiğini, önerinin Pirogov Cemiyeti tarafından hoş karşılanmadığını fakat 2. Nikola'nın desteğiyle Eylül 1916'da Rein'in devrim öncesi Rusya'nın "ilk ve tek Sağlık Bakanı" olduğunu iddia ediyor (Chizh ve Karpenko, 2017: 184 – 185).

Akademisyenlerin dünyanın ilk Sağlık Bakanlığı olduğunu iddia ettikleri Merkezi Sağlık Kurulu, çalışmasını 5 ay sonra durdurmuştur (Reshetnikov ve ark, 2019: 17). Diğer yandan bugün Rusya'da başka akademisyenler tarafından, Eylül 1916'da örgütlenen Sağlık Kurulu'nun iddia edildiği gibi Rusya'nın (dolayısıyla dünyanın) ilk Sağlık Bakanlığı olarak kabul edilemeyeceğini, bu tür Sağlık Kurullarının İngiltere'de çok daha önceki yıllarda, 1840'larda var olduğunu belirtilmektedir. (Sklyarova ve ark, 2019: 1107).

CUBANISMO

Şüphesiz Küba'yı bu kervan içinde görmek üzücü, fakat Küba'nın da SSCB'de sosyalizm çözüldükten sonra, tarihteki ilk Sağlık Bakanlığı'nın Küba'da örgütlendiğini iddia etmeye başladığını görüyoruz. Aslında bu kadarla kalsa belki Cubanismo denip geçilebilirdi, fakat bazı Kübalı yazarların daha da ileri giderek Küba'dan sonra Avusturya'nın da SSCB'den önce Sağlık Bakanlığı örgütlediği iddiasına destek vermeleri çok düşündürücü bir olgu.

Kübalı akademisyenlerin dünyadaki ilk Sağlık Bakanlığı'nın Küba'da örgütlendiği iddiasının kaynağı, La primera Secretaría de Sanidad del mundo se creó en Cuba (Dünyanın ilk Sağlık Sekreterliği Küba'da kuruldu) başlıklı makalenin yazarı olan gazeteci - yazar César Rodríguez Expósito.

Rodríguez Expósito makalesini Küba devriminden önce, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nda "tarihçi" olarak çalışırken, 17 Temmuz 1957'de Küba Tıp Tarihi Cemiyeti'ne sunmuş. Makale 1958 yılında yayınlanmış (Rodríguez Expósito, 1958).

Öykü özetle şöyle anlatılıyor (Rodríguez Expósito, 1964: 140 - 145):

Küba'da 20 Mayıs 1902'de ABD vesayeti altında bir burjuva Cumhuriyet kurulunca, Başkan Tomás Estrada Palma, bu sırada Sağlık Departmanı direktörü olan Dr. Diego Tamayo Figueredo'yu İçişleri Bakanı olarak görevlendiriyor ve Sağlık Departmanı da İçişleri Bakanlığı'na bağlanıyor.

5 Kasım 1902'de Dr. José Ángel Malberty Delgado ve Dr. Gonzalo García Vieta, "Sekreterliklerin Dağıtımı" yasa tasarısı görüşülürken, sağlığın da "sekreterlik" düzeyine yükseltilmesi için öneri veriyorlar. 28 Nisan 1903'te tasarı Temsilciler Meclisi'nde kabul ediliyor ve onaylanmak üzere Senato'ya gönderiliyor. Senato tasarıyı reddediyor. Rodríguez Expósito bu girişimi 1909'da kurulacak Sağlık ve Hayır İşleri Sekreterliği'nin fitilini yakan kıvılcım olarak tanımlıyor.

1906 yılında ABD Küba'yı ikinci kez işgal ediyor ve Küba Kongresi'ni lağvederek yerine bir Danışma Komisyonu kuruyor. Kübalı hijyenistler Danışma Komisyonu'nu ülkedeki sağlık ve hayır kurumlarının yönetimini "ulusal departman" düzeyine yükseltmesi için ikna ediyorlar. "Geçici Hükumet" işlevi gören Danışma Komisyonu, 26 Ocak 1909'da ABD askerleri Küba'dan

çekilmeden önce Küba'nın yeni düzeni kurulurken, Ulusal Sağlık ve Hayır İşleri Departmanı'nı "Sekreterlik" düzeyine yükseltiyor.

28 Ocak 1909'da Küba Cumhuriyeti yeniden kuruluyor ve Dr. Matias Duque Perdomo'nun direktörü olduğu Özel Hijyen Hizmeti (Servicio de Higiene Especial), Sağlık ve Hayır İşleri Sekreterliği ve Perdomo da Sağlık ve Hayır İşleri Sekreteri oluyor. Rodríguez Expósito bu gelişmeyi 1902 yılındaki yasa teklifiyle de ilişkilendirerek "Sağlık ve Hayır İşleri Sekreterliği (Secretaria de Sanidad y Beneficencia), ülkemizin ikinci işgali sırasında Kuzey Amerikalılar tarafından kurulmuş olmasına rağmen, münhasıran bir Küba girişimidir" şeklinde yorumluyor.

Başkanlık sisteminde "sekreterlikler", teknik olarak parlamenter sistemlerdeki "bakanlıklara" karşılık gelmektedir. Fakat buradan hareketle, Küba dünyanın ilk Halk Sağlığı Bakanlığı'nı kurdu denebilir mi? Küba'nın dünyadaki ilk Sağlık Bakanlığı'nın kurduğunu iddia eden Rodríguez Expósito, yazısını dünyadaki tıp tarihçilerini, dünyadaki ilk Sağlık Bakanlığı'nı Küba'nın örgütlediğini kabul etmeye davet ederek tamamlıyor.

Rodríguez Expósito'nun iddiası SSCB'de sosyalizmin çözüldüğü döneme kadar Küba'da ilgi görmüyor. Ancak Küba dışından bazı Amerikalı yazarlar Rodríguez Expósito'ya atıf yaparak dünyadaki ilk Sağlık Bakanlığı'nı Küba'nın örgütlediğini yazıyorlar: Roberto E. Hernández, La Atención Médica en Cuba Hasta 1958 (ABD – 1969); Ross Danielson, Cuban Medicine (ABD - 1979).

Küba'dan ilk atıf 1998 yılında, Rodríguez Expósito'nun 1972 yılında ölümünden sonra Halk Sağlığı Bakanlığı'ndaki tarihçilik görevini üstlenen Gregorio Delgado Garcia'dan geliyor. Delgado Garcia, Küba'da Halk Sağlığının Tarihsel Gelişimi başlıklı makalesinde, Rodríguez Expósito'ya atıf yaparak dünyanın ilk Sağlık Bakanlığı'nın 28 Ocak 1909'da Küba'da kurulduğunu ve 10 Ekim 1940'ta yeni Anayasa'nın kabul edilmesiyle adının Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı olarak değiştiğini iddia ediyor (Delgado Garcia, 1998: 114).

Oysa Delgado Garcia'nın César Rodríguez Expósito anısına 18 Şubat 1977'de Küba Tıp Tarihi Cemiyeti'nde düzenlenen toplantıda yaptığı konuşmasında Expósito'nun makalesinin adını vermesine rağmen, tarihteki ilk Sağlık Bakanlığı'nı Küba'nın örgütlediği iddiasına değinmediğini görüyoruz. (Delgado Garcia, 1977: 26).

Delgado Garcia'nın dünyanın ilk Sağlık Bakanlığı'nı Küba'nın örgütlediğini iddia ettiği makalesi Halk Sağlığı dergisinde yayınlanırken, aynı yıl Genel Bütüncül Tıp dergisinde dünyanın ilk Sağlık Bakanlığı'nın SSCB'de örgütlendiğini belirten başka bir makale yayınlanıyor: "... 11 Temmuz 1918'de Lenin, Sağlık Halk Komiserliği'nin kuruluş kararnamesini imzaladı ... Bu yalnız Sovyet Cumhuriyetlerinde değil, aynı zamanda dünyadaki ilk merkezi sağlık organıydı" (Cardona Osorio, 1998: 288 - 289).

Delgado Garcia, 18 Ekim 1999'da Halk Sağlığı Bakanlığı'nın Camilo Cienfuegos salonunda "Dünyanın ilk Sağlık Bakanlığı'nın Küba'da kuruluşunun 90. Yıldönümü" başlıklı bir konferans veriyor ve konuşmasını şu cümleyle bitiriyor: "Bütün bu gerçekler (1909 süreci kastediliyor), sosyalist Devrimimizin bir parçası olan şimdiki eşsiz, kamusal Ulusal Sağlık Hizmeti'nin en parlak tarihi öncülünü oluşturuyor…" (Delgado Garcia, 2000: 63).

YÜZÜNCÜ YIL?

Küba Halk Sağlığı Bakanlığı 2009 yılında, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) Amerika kıtasındaki ofisi olan Pan Amerikan Sağlık Örgütü (Pan American Health Organization veya PAHO) ile Küba Halk Sağlığı Bakanlığı'nın "kuruluşunun" yüzüncü yılı anısına İspanyolca – İngilizce Özel Dergi yayınlıyor (Lopez ve ark, 2009).

Dergideki ilk yazı Dr. Gergorio Delgado Garcia'ya ait. Halk Sağlığı Bakanlığı'nın 100. Yılı başlıklı yazısında iddiasını "genişleten" Delgado Garcia, "[b]öylece, yetkilerin tek elde toplandığı ve bağımsız olan kamu sağlığı örgütümüz bakanlık statüsü kazanıyor. Küba dünyada bir Sağlık Bakanlığı'na sahip ilk ülkeydi. Bazı ülkeler yıllar sonra izlediler: ilkler arasında 1917'de Avusturya, 1918'de Çekoslovakya, 1919'da İngiltere, 1920'de Fransa, 1921'de Dominik Cumhuriyeti ve Lübnan ve 1923'te Türkiye vardı" diyor (Delgado Garcia, 2009: 7).

Görüldüğü gibi burada farklı bir mecraya geçiliyor. Artık iddia Küba'nın sermaye devletinin, Sağlık Bakanlığı'nı SSCB'den önce kurmasını aşıyor, Avusturya'yı da SSCB'nin önüne koyuyor ve daha da inanması zor olanı "ilkler" arasında SSCB'nin adını anmıyor.

Aynı dergi içinde yer alan bir başka makalede de yazarlar, Kübalıların "… tıp tarihine en önemli katkılarından biri, dünyadaki ilk Sağlık ve Sosyal Yardım Sekreterliği'nin oluşturulmasıydı. Küba

kamu sağlığı örgütüne bakanlık statüsü veren ilk ülke oldu" diyorlar (Torres ve Cruz, 2009: 54). Yazarlar bu cümleleri için Delgado Garcia'yı kaynak göstermişler…

Fakat Delgado Garcia'yı kaynak göstermelerine rağmen, Torres ve Cruz'ın makalesinde çok büyük iki fark görülüyor:

Birincisi, yazarlar "Bu şekilde Küba'nın kamu sağlığı örgütü birleşti, departman veya bakanlık kategorisiyle bağımsız hale geldi" (2009: 54) diyerek bir önceki ifadelerini muğlaklaştırıyor. Eğer söz konusu bir "departman" ise, Avrupa'da daha 1700'lerin sonlarında kamu sağlığı departmanı olan birçok hükumet var. Bu durumda Küba Avrupa'yı 100 yıl geriden izliyor olurdu.

İkincisi, yazarlar cümleye şöyle devam ediyor: "Küba örneğini ilk izleyenler arasında Halk Sağlığı Bakanlığı'nı 1917'de kuran Avusturya, 1918'de Çekoslovakya, Ekim Devrimi'nden sonra Rusya, 1919'da İngiltere, 1920'de Fransa, 1921'de Dominik Cumhuriyeti ve Lübnan ve 1923'te Türkiye vardı" (2009: 54). Gerçi cümle sonunda Garcia'ya atıf yok fakat kaynaklarının Garcia olması kuvvetle muhtemel. Çünkü cümle içinde aynı "yanlışlar" yineleniyor. Ancak önemli bir farkla: Sovyetler Birliği "dördüncü" sıraya konsa da, hiç değilse Garcia'dan farklı olarak dünyada Sağlık Bakanlığı'nı örgütleyen ilk ülkeler arasında gösteriliyor.

López Espinosa da (2009), Ulusal Sağlık Sistemi'nin, Küba tıbbı için unutulmaz bir tarih olan 28 Ocak 1909'u ihmal etmemesi gerektiğini savunuyor.

Delgado Garcia Küba'da akademi üzerinde kendi alanında oldukça etkili bir isim. 1972 yılından beri Halk Sağlığı Bakanlığı'nın "tarihçiliğini" üstlenmiş ve bugün Ulusal Halk Sağlığı Okulu'na dönüşen Sağlığı Geliştirme Enstitüsü'nde Tıp Tarihi kürsüsünü kurmuş. Halen Halk Sağlığı Bakanlığı ve Ulusal Halk Sağlığı Okulu'ndaki görevlerini sürdürüyor ve Tıp Tarihi Cemiyeti ile Bilim ve Teknoloji Tarihi Cemiyeti'nde başkan yardımcılığı görevini yürütüyor. 29 kitap, 13 broşür ve 622 bilimsel makale yayınlamış (Amaro Cano, 2008; ECURED, tarihsiz1; Garcia, 2016).

2000'li yıllarda Küba'da başka akademisyenlerin de Delgado Garcia'ya katıldıkları görülüyor. Küba'nın internet üzerinden etkinlik gösteren bir Sanal Sağlık Üniversitesi var (Universidad Virtual de Salud de Cuba). Üniversitenin web sitesinin makaleler sayfasında Unutulmaz Tarihler bölümü (Fechas Memorables) yer alıyor. 27 Ocak 1909. Küba ve dünyanın ilk Sağlık Bakanı'nın atanması

başlıklı makalesi bu bölümde yayınlanan José Antonio López Espinosa, bize hiç duymaya alışık olmadığımız bir Küba tarihi çiziyor:

“Küba dünyada bir Sağlık Bakanlığı olan ilk ülkeydi… 1940’da yürürlüğe giren Cumhuriyet Anayasası ile Sağlık Bakanlığı’nın ismi, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı olarak değişti. 1959’da adı yeniden Sağlık ve Hastane Yardımı Bakanlığı olarak değişti ve bir yıl sonra bugünkü Halk Sağlığı Bakanlığı ismi kondu” (López Espinosa, 2011).

López Espinosa daha sonra Pedromo’dan başlayarak 1909’dan, 2002 yılına kadar Sağlık Bakanlığı yapanların isimlerini ve göreve başladıkları tarihleri sıralamış. Küba Devrimi'nin, her ne kadar Küba burjuvazisi anti - emperyalist mücadelede yer almış olsa da bu şekilde Küba'nın burjuva tarihinin dolaysız bir devamı gibi sunulması yürek burkuyor.

Tabii burada 1909 yılında örgütlenen sekreterliğin adının “Sağlık Sekreterliği” değil, “Sağlık ve Hayır İşleri Sekreterliği” olduğunu, Küba’nın önde gelen tarih profesörlerinden López Espinosa’nın bunu “Sağlık Bakanlığı” olarak yazmasında bir art niyet olmadığını düşünebiliriz. Fakat 1959 sürecini basitçe bir “isim değişikliğine” indirgemek, dahası Küba’nın Halk Sağlığı Bakanlığı’nın 1909 yılında “ABD tarafından örgütlenen” Danışma Komisyonu’nun çıkarttığı yasa ile kurulan bir oluşuma “doğrudan” bağlamak hiç yakışık almıyor. Bu arada, 1909 yılında Küba’da tarihin ilk Sağlık Bakanlığı’nı örgütlediği iddia edilen ABD’de bu tarihlerde bir Sağlık Bakanlığı bulunmadığını not edelim.

Kübalı yazarlar arasında ilk Sağlık Bakanlığı'nın Küba'da kurulduğu noktasında bir uzlaşma var fakat tarih konusunda farklı görüşler var. Santa Clara'daki Ernesto Che Guevara Kardiyoloji Merkezi'nin CEO'su (Chief Executive Officer), Carlos J. Finlay'in 1902 yılında Sağlık Bakanı olduğunu ve 28 Şubat 1905'te "kıtanın ilk Sağlık Bakanlığı'nın kurulduğunu" iddia ediyor (Duenas Fernandez, 2016: 249).

Ne yazık ki bugün bu yanlış bilgi ve yorumlar, Küba’nın Ulusal Halk Sağlığı Okulu’nun Luis Suárez Rosas (2012: 443 - 444) gibi önde gelen akademisyenleri tarafından yayınlarında kullanılıyor, prestijli yayınlarında yer alıyor. Villa Üniversitesi'nden Jose Ramon Ruiz Hernandez, Küba'nın sağlık alanındaki bütüncül yaklaşımını 1909'daki girişime dayandırıyor (Ruiz Hernandez, 2015: 8).

Küba Ansiklopedisi'nin (ECURED) Matias Duque Perdomo maddesinde, "Küba kamu sağlığı örgütünü bakanlık statüsüne yükseltince (dünyada bunu yapan ilk ülkeydi), Sağlık ve Hayır İşleri Sekreteri olarak atandı" yazıyor (ECURED, tarihsiz2).

Küba Ansiklopedisi'nin Halk Sağlığı Bakanlığı'nın Evrimi maddesi de, dünyadaki ilk Sağlık Bakanlıkları arasında Sovyetler Birliği'ni vermediği gibi, devrimden sonraki gelişmeleri, sanki kadro değişimi gibi aktarıyor: 1 Ocak'ta devrim olmuş, 5 Ocak'ta Dr. Julio Martinez Paez Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı atanmış, 21 Ocak 1959'da Batista rejimiyle ilişkili veya yolsuzluklara karışmış bürokratlar temizlenmiş, 6 Şubat'ta ayrı bir Sosyal Yardım Bakanlığı kurulunca, bakanlığın adı Sağlık ve Hastane Yardımı Bakanlığı olarak değişmiş, sonra da 23 Ocak 1960'ta bakanlığın ismi yeniden değiştirilerek Halk Sağlığı Bakanlığı olmuş, yapısı güçlendirilmiş… ECURED'in özellikle 1960'lı yıllarda sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi sürecinde sosyalist ülkelerin yardımına değinmemiş olması da dikkat çekiyor (ECURED, tarihsiz3).

Küba'da yayın yapan Radio 26, 17 Ocak 2019 tarihli yayınında López Espinosa'yı kaynak göstererek dünyanın ilk Sağlık Bakanlığı'nın 1909'da Küba'da kurulduğunu ve Küba'yı 1917'de Avusturya'nın izlediğini belirtiyor (Almeida Bacallao, 2019).

Bardağı taşıran son bir damla vardır. Aslında tek bir damladır fakat bazı gerçekleri görünür kılar. Küba Halk Sağlığı Bakanlığı da, son aylarda web sayfasındaki Bakanlığın "tarihi" bölümünde değişiklik yaparak, Delgado Garcia'nın iddiasını "resmileştirdi". 28 Ocak 1909'da örgütlenen Sağlık ve Hayır İşleri Sekreterliği'nin dünyadaki ilk Sağlık Bakanlığı olduğu iddiasını resmileştiren Halk Sağlığı Bakanlığı, tarihin yeniden yazılmasına katkıda bulundu. (MINSAP, 2020).

Bugün 1909 yılında Küba sermayesinin örgütlediği bir kurumu tarihteki ilk Sağlık Bakanlığı olarak göstermeye çalışmak, Avusturya'nın bile sahiplenmediği, Avusturya'da Sağlık Bakanlığı'nın 1917 yılında örgütlendiğini iddia etmek ve Sovyetler Birliği'nin dünyadaki ilk Sağlık Bakanlığı'nı örgütlediği gerçeği üzerine gölge düşürmeye çalışmak en hafifinden işçi sınıfının tarihine saygısızlıktır.

SSCB SAĞLIK HALK KOMİSERLİĞİ'NİN ÖYKÜSÜ

SSCB Sağlık Halk Komiserliği'nin öyküsünü dünyaya ilk anlatan "yabancı", Anna J. Haines. ABD 1917 baharında Birinci Paylaşım Savaşı'na katılınca, dini bir kurum olan Amerikan Dostluk Hizmet

Komitesi (ADHK) adına tıbbi ve sosyal yardım için Rusya'ya giden ilk ekipte yer aldı. Kerensky hükumeti iktidardaydı. Haines Samara'da mültecilere yardım işlerinde çalışırken Ekim Devrimi gerçekleşti ve iç savaş başladı. Haines ve yardım ekibi 1918 sonbaharında Omsk'ta Kızılhaç'a katılarak 9 ay daha kaldı. 1919 ortalarında ABD'ye dönen Haines'e, Kızılhaç tarafından Rusya'daki çalışmaları nedeniyle ödül verildi.

Şubat 1925'te yine ADHK temsilcisi olarak Rusya'ya geri döndü ve Kasım 1926'ya kadar Rusya'da kaldı. Önce bir hastanede çalıştı. Daha sonra Sovyet yetkililerinin izniyle, ADHK'nin topladığı bağışlarla Moskova'da, Sovyet hükumetinin Ana – Çocuk Sağlığını Koruma Enstitüsü yerleşkesi içinde bağışladığı bir binada, hemşirelik okulu açtı ve öğretmenlik yaptı (McFadden, 1997: 4 – 5; McFadden ve Gorfinkel, 2004: 109).

Bu süreçteki izlenimlerini 1928 yılında Health Work in Soviet Russia başlıklı kitabında yayınladı. Bu kitap, dünyanın Rusya'da devrimden sonra sağlık alanında neler olup bittiğini öğrendiği ilk kitaplardan biri oldu. Haines kitabında Sovyetler Birliği'nin Temmuz 1918'de örgütlediği Sağlık Halk Komiserliği'ni çok detaylı olarak anlatıyordu (Haines, 1928: 42 – 58). Yine Haines, Mayıs 1926'da Amerikan Sağlık Kongresi'nde Dr. Lee Frankel'in ifade ettiği "tek bir Federal Sağlık Departmanı" düşünü, yaşama geçirmeyi deneyen ilk ülkenin Rusya olduğunu yazıyordu (Haines, 1928: 17).

Diğer bir kaynağımız Henry Ernest Sigerist. 1925 - 1932 yılları arasında Leipzig Üniversitesi Tıp Tarihi Enstitüsü'nün Müdürü olarak çalıştı. 1932 – 1947 yılları arasında ABD'de Johns Hopkins Üniversitesi Tıp Tarihi Enstitüsü Müdürü olan Sigerist, tıp tarihi alanında uluslararası bir otoritedir (5).

Sigerist Socialised Medicine in the Soviet Union başlıklı kitabında, "Haziran 1918'de (Temmuz olacak) Sağlık Halk Komiserliği kuruldu. Tıp tarihinde ilk kez bir ülkenin bütün sağlık çalışmalarını merkezi bir organ yönetecekti" diyor (Sigerist, 1937: 95).

Sigerist 1947 yılında yayınlanan Medicine and Health in the Soviet Union başlıklı kitabının önsözünde de, dünyadaki ilk Sağlık Bakanlığı'nın Temmuz 1918'de Sovyetler Birliği'nde kurulduğunu, fakat dünyanın geri kalanının yıllarca bunu çok az dikkate aldığını söylüyor (Sigerist, 1947: Önsöz). Sigerist kitabının ilerleyen bölümlerinde de bu bilgiyi yineliyor: "11 Temmuz

1918'de RSFSC'nin Sağlık Halk Komiserliği kuruldu. Tıp tarihinde ilk kez bir ülkenin bütün sağlık çalışmalarını merkezi bir organ yönetecekti". (Sigerist, 1947: 28).

1950'lerin sonlarına doğru ABD ile Rusya arasında Tıbbi Değişim Programı çerçevesinde çok sayıda Amerikan heyeti Sovyetler Birliği'nde incelemelerde bulundu ve raporlar hazırladı. Bu raporlarda da Sovyetler Birliği'nin Sağlık Bakanlığı'nın dünyanın ilk Sağlık Bakanlığı olduğu belirtiliyor (Masland, 1960: 36).

Diğer yandan çağdaş ABD'li anti - komünist akademisyenler dahi, tarihteki ilk Sağlık Bakanlığı'nı SSCB'nin örgütlediğini teslim etmektedir: "Bolşevikler, sağlıklı bir nüfusu ve kültürel, askeri ve endüstriyel bakımdan güçlü bir devleti garanti altına almak için 1918'de dünyada bu türde ilk bakanlık olan Rusya Cumhuriyetinin Sağlık Halk Komiserliği'ni (Narkomzdrav akronimiyle bilinir) kurdular" (Starks, 2000: 4).

Şüphesiz mesele tarih "yarıştırmak" değil. Kimin Sağlık Bakanlığı'nı daha önce örgütlediği "yarışına" girilirse, pekâlâ SSCB Sağlık Bakanlığı'nın örgütlendiği tarih de 18 Temmuz 1918'den birkaç gün daha geriye çekilebilir. Örneğin Lenin Bakanlığın kuruluş kararnamesini 11 Temmuz'da imzalamıştır ve bazı yazarlar buna dayanarak Sağlık Halk Komiserliği'nin kuruluşunu 11 Temmuz olarak verir (Sigerist, 1947: 28). Yine RSFSC'nin ilk Anayasası 10 Temmuz 1918 tarihinde kabul edilmiştir (6) ve Anayasa'nın 43. Maddesi biri Halk Sağlığı Komiserliği olmak üzere 17 Halk Komiserliği tanımlamaktadır (7). Dahası, zaten Bakanlığın kurulması için karar 10 Haziran 1918'de Moskova'da toplanan Birinci Bütün Rusya Tıp - Hijyen Departmanları Kongresi'nde alınmıştır (Akalın, 2010: 36).

Son olarak Sovyetler Birliği'nde 6 Şubat 1918'de çeşitli departmanların sağlık çalışmalarını koordine etmek için Petrograd'da örgütlenen Tıp Departmanları Konseyi'nin dahi, Küba'da 1909'da veya Avusturya'da 1918'de örgütlenen "Sağlık Bakanlıklarından" çok daha fazla Sağlık Bakanlığı olarak tanımlanmaya uygun olduğunu söyleyebiliriz (Sigerist, 1947: 28).

PROLETARYA ENTERNASYONALİZMİ

Bugün Küba sağlık alanındaki enternasyonalist tutumu ile bütün dünyada takdir toplamaktadır. Aslında Küba'nın bu tutumu "proletarya enternasyonalizminin" bir ifadesidir. Ancak çoğu kez bu

enternasyonalizmin önce Küba'ya yönelik örgütlendiği unutulur. Oysa Küba bugün haklı olarak gurur duyduğu Ulusal Sağlık Sistemi'ni proletarya enternasyonalizmi marifetiyle örgütlemiştir.

Devrimden sonra vaat ettiği gibi herkese eşit ve ücretsiz sağlık hizmeti sunmak isteyen devrimci Küba yönetimi, artık Küba'da sağlık bilgilerini satarak insanların acıları ve hastalıkları üzerinden para kazanamayacaklarını anlayan hekimlerin ülkeyi terk etmesi nedeniyle sözünü tutamama tehlikesiyle karşılaşmıştı. Küba'da hekim sayısı zaten oldukça yetersizken, 6,300 hekimden 2.867'si ülkeyi terk etmişti. Ülkedeki tek tıp fakültesinde görevli 161 akademisyenden yalnızca 16'sı ülkede kalmayı tercih etmişti (Claudio, 1999: A249; Brotherton, 2011: 478). Dahası, tıp fakültesinin 1959 mezunları Kırsal Mediko Sosyal Hizmet programı çerçevesinde kırsal kesimlerde görev almayı reddediyordu (Guevara, 1960).

1961 yılında Dr. Ernesto Che Guevara, Küba Sağlık Bakanlığı'ndan üç yetkili ve Küba Kızıl Haç yetkilisinden oluşan bir heyet, doğu Avrupa'daki sosyalist ülkeleri (Macaristan, Çekoslovakya vb) ziyaret ederek Küba'nın Ulusal Halk Sağlığı örgütlenmesinin oluşturulmasında katkı talep ettiler (Varga, 2018: 87).

1961'den sonra Sovyetler Birliği ve diğer sosyalist ülkelerden adaya gelen hekimler ve akademisyenler, Küba'ya sağlık sistemini kurması için yardım etmeye başladı (Danielson, 1979: 130). Başta Latin Amerika ülkelerinden olmak üzere dünyanın birçok kapitalist ülkesinden devrimci sağlık emekçileri de Küba'ya yardıma geldiler (MacDonald, 1999: 13). Sosyalist ülkelerden gelen uzmanlar, hem Küba'nın kendi Ulusal Sağlık Sistemi'ni örgütlemesine, hem de aşılama – bağışıklama çalışmalarına yardımcı oldular (Brotherton, 2012: 67 - 68).

Bağışıklama çalışmalarının ilk adımı olarak, Çekoslovakya'dan gelen viroloji uzmanı Prof. Dr. Karel Sacek yönetiminde epidemiyolojik çalışmalar başlatıldı. Sacek serolojik çalışmaları yorumlayarak, çocuk felci için bir sürveyans sistemi kurulmasına yardımcı oldu ve bağışıklama çalışmasını yürütecek Kübalı sağlık emekçilerinin eğitimini üstlendi (Beldarrain, 2013: 31 – 32).

Bu çalışmalar sonunda Küba'da 1 ay – 15 yaş arası nüfusun, Sovyetler Birliği'nde etkinliği sınanan ağızdan çocuk felci aşısı ile aşılanmasına karar verildi. Sovyetler Birliği Küba'ya iki parti halinde toplam 5 milyon doz aşı gönderdi (Beldarrain, 2013: 34). Küba sosyalist ülkelerin yardımıyla 25 Şubat 1962 tarihinde ilk ulusal bağışıklama kampanyasını başlattı ve hedef nüfusun yüzde 87,5'ini

“bağışıklamayı” başardı. Bu kampanya ile Küba’da çocuk felci hastalığı tarihe karıştı (Lago, 1999: 681 – 682).

Küba 1961 yılında sosyalist ülkelerin oluşturduğu bir dayanışma organı olan Karşılıklı Ekonomik Yardım Konseyi (Council for Mutual Economic Assistance – COMECON) ile işbirliğini geliştirdi (1972 yılında tam üye oldu). COMECON Küba’nın daha önce ABD’ye yaptığı ihracatın yüzde 75’ini telafi etti (Danielson, 1979: 130; Nayeri, 1995: 326; Binns, 2013: 245).

Küba’nın özgül koşulları sosyalist ülkeler içinde en çok Çekoslovakya’nınkine benziyordu. Bu nedenle Küba’nın Ulusal Sağlık Sistemi, Çekoslovak Modeli örnek alınarak tasarlandı. Bu modele göre ülkedeki sağlıkla ilişkili bütün kuruluşların yönetimi tek bir yönetsel organda (Halk Sağlığı Bakanlığı) toplandı ve sağlık hizmetinin sunumunda desentralizasyona gidildi (Brotherton, 2011: 478).

Küba'nın sağlık alanındaki başarılarında Sovyetler Birliği'nin ve diğer sosyalist ülkelerin, hatta Che Guevara gibi diğer Latin Amerika ülkelerinden Küba'ya destek vermek için gelen devrimcilerin büyük payı vardır.

https://sol.org.tr/haber/dunyada-ilk-saglik-bakanligi-hangi-ulkede-kuruldu-5932

Akif Akalın – Toplumcu Tıp, 31 Mayıs 2020.

DİPNOTLAR

1. https://www.tdmu.edu.ua/en/about/horbachevsky/
2. http://anno.onb.ac.at/cgi-content/anno?aid=wrz&datum=19171128&seite=1&zoom=33
3. http://alex.onb.ac.at/cgi-content/alex?aid=rgb&datum=1918&size=45&page=760
4. Amtliche Tageszeitung Wiener Zeitung, Wien, Nr. 174, 1. August 1918, S. 1
5. https://www.britannica.com/biography/Henry-Ernest-Sigerist
6. https://www.marxists.org/history/ussr/government/constitution/1918/index.htm
7. https://www.marxists.org/history/ussr/government/constitution/1918/article3.htm

KAYNAKLAR

Akalın, M. A. (2010). Toplumcu tıp: Sovyetler Birliği deneyimi. İstanbul: Yazılama.

Almeida Bacallao, M. E. (2019). Cuba y el primer Ministerio de Salud del mundo. Radio 26. http://www.radio26.cu/2019/01/17/cuba-y-el-primer-ministerio-de-salud-del-mundo/. Erişim: 18 Mayıs 2020.

Amaro Cano, M. C. (2008). Gregorio Delgado Garcia, médico e historiador de salud publica, en aniversario 75 de su natalico. INFOMED. http://www.sld.cu/galerias/pdf/cumpleanos_75_gregorio_delgado_garcia.pdf Erişim: 18 Mayıs 2020.

BASK - Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2009). Festschrift 90 Jahre Sozialministerium: 1918 – 2008. Wien.

Beldarrain, E. (2013). Poliomyelitis and Its Elimination in Cuba: An Historical Overview. MEDICC Review, 15(2): 30 – 36.

Binns, L. A. (2013). Cuba: Healthcare and the Revolution. West Indian Med J, 62(3): 244 – 249.

BMJ – British Medical Journal. (1918). The Austrian Ministry of Health. Br Med J, 2(3011): 290.

Brotherton, P. S. (2011). Health and health care: revolutionary period. Alan West-Duran (Ed). Cuba. Detroit : Charles Scribner's Sons içinde.

Brotherton, P. S. (2012). Revolutionary Medicine: Health and the Body in Post-Soviet Cuba. Durham: Duke University Press.

Cardona Osorio, J. (1998). La salud publica en periodo de crisis. Rev Cubana Med Gen Integr, 14(3): 286 - 294.

Chizh, I. M. ve Karpenko, I. V. (2017). Military medicine in the Russian army during World War I. History of Medicine, 4(2): 184 – 191.

Claudio, L. (1999). The Challenge for Cuba. Environmental Health Perspectives, 107(5): A246 – 251.

Danielson, R. (1979). Cuban Medicine. New Brunswick: Transaction Books.

Delgado Garcia, G. (1977). César Rodríguez Expósito, periodista, literato e historiador de la medicina. INFOMED. http://files.sld.cu/digitalizacion-bmn/files/2018/05/0045-9178.1985.0070.0001.pdf Erişim: 18 Mayıs 2020.

Delgado Garcia, G. (1998). Desarrollo histórico de la salud pública en Cuba. Rev Cubana Salud Pública, 24(2): 110 – 118.

Delgado, Garcia, G. (2000). En el 90 aniversario de la fundación en Cuba del Primer Ministerio de Salud del mundo. ACIMED, 8(1): 60 – 63.

Delgado Garcia, G. (2009). Centennial of the Ministry of Public Health (1909 - 2009). Special magazine: Centennial of the Ministry of Public Health in Cuba. Ministerio de Salud Publica – Organizacion Panamericana de la Salud / Organizacion Mundial de Salud içinde. S: 6 – 9.

Duenos Fernandez, J. (2016). Regionalization of health services for medical care: an example from the Cardiocentro Ernesto Che Guevara. CorSalud, 8(4): 248 - 256.

ECURED. (Tarihsiz1). Gregorio Delgado Garcia. https://www.ecured.cu/Gregorio_Delgado_Garc%C3%ADa. Erişim: 18 Mayıs 2020.

ECURED. (Tarihsiz2). Matías Duque Perdomo. https://www.ecured.cu/Mat%C3%ADas_Duque_Perdomo. Erişim: 18 Mayıs 2020.

ECURED. (Tarihsiz3). Evolución del Ministerio de Salud Pública de Cuba. https://www.ecured.cu/Evoluci%C3%B3n_del_Ministerio_de_Salud_P%C3%BAblica_de_Cuba Erişim: 18 Mayıs 2020.

Garcia, JM. (2016). "Siempre he dicho que no se conoce una ciencia hasta que no se conoce su historia", afirmó el Dr. Gregorio Delgado. INFOMED. http://www.sld.cu/entrevista/2016/07/19/siempre-he-dicho-que-no-se-conoce-una-ciencia-hasta-que-no-se-conoce-su-histor Erişim: 18 Mayıs 2020.

Guevara, E. C. (1960). On Revolutionary Medicine. https://www.marxists.org/archive/guevara/1960/08/19.htm Erişim: 18 Mayıs 2020.

Haines, A. J. (1928). Health Work in Soviet Russia. New York: Vanguard Press.

Ivchenko, E. V., Karpushenko, E. G. ve Ovchinnikov, D. V. (2016). Academician G. E. Rain at sources of the Ministry of Health of Russia. Bulletin of the Russian Military Medical Academy, 4 (56): 181 – 185.

Kozovenko, M. N. (2016). The Main Directorate for State Health Care (1916–1917): an establishment or partial formation?. History of Medicine, 3: 266 – 276.

Lago, P. M. (1999). Eradication of Poliomyelitis in Cuba: A Historical Perspective. Bulletin of the World Health Organization, 77(8): 681 – 687.

Lahmanyuk, T. (2011). Ivan Gorbachevsky – Minister of Austria. Ukraine–Europe–World. The International Collection of Scientific Works. Series: History, International Relations; 6 – 7: 246 – 251.

López Espinosa, J. A. (2009). El centenario del primer Ministerio de Salud del mundo. The centenary of the world first health ministry. ACIMED, 19(1). Erişim 18 Mayıs 2010. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352009000100008&lng=es&tlng=es.

López Espinosa, J. A. (2011). Enero 27 de 1909. Nombramiento del primer Ministro de Salud de Cuba y del mundo. http://www.uvscuba.sld.cu/enero-27-de-1909-nombramiento-del-primer-ministro-de-salud-de-cuba-y-del-mundo INFOMED. Erişim: 18 Mayıs 2020.

Lopez, L. G., Torres, N. M., Lopez, R. G., Vazquez, L. J. ve Buinez, A. Z. (Ed). (2009). Special magazine: Centennial of the Ministry of Public Health in Cuba. Ministerio de Salud Publica. Organizacion Panamericana de la Salud / Organizacion Mundial de Salud.

MacDonald, T. H. (1999). A Developmental Analysis of Cuba's Health Care System since 1959. Lewiston: Edwin Mellen Press.

Masland, R. L. (1960). Report of the medical exchange program to the USSR: Maternal and child care. US Department of Health, Education and Welfare.

McFadden, D. (1997). The Politics of Relief: American Quakers and Russian Bolsheviks, 1917 – 1921. Quacker History, 86(1): 1 – 21.

McFadden, D. ve Gorfinkel, C. (2004). Constructive Spirit: Quackers in Revolutionary Russia. Pasadena, CA: Intentional Productions.

MINSAP. (2020). https://salud.msp.gob.cu/?page_id=225. Erişim: 18 Mayıs 2020.

Nayeri, K. (1995). The Cuban health care system and factors currently undermining it. Journal of Community Health, 20(4): 321 – 334.

Reshetnikov, V. A., Ekkert, N. V., Capasso, L., Arsentyev, E. V., Mikerova, M. S. ve Yakushina, I. I. (2019). The history of public healthcare in Russia. Medicina Historica, 3(1): 16 – 24.

Rodríguez Expósito, C. (1958). La primera Secretaría de Sanidad del mundo se creó en Cuba. Trabajo de ingreso, 1(2): 10 – 23.

Rodríguez Expósito, C. (1964). La primera Secretaría de Sanidad del mundo se creó en Cuba. Cuadernos de Historia de la Salud Pública No. 25. La Habana: Ministerio de Salud Pública. http://files.sld.cu/digitalizacion-bmn/files/2018/05/0045-9178.1985.0070.0005.pdf. Erişim: 18 Mayıs 2020.

Ruiz Hernandez, J. R. (2015). Integracion del sistema de salud cubano: hecho relevante para el deserallo de la docencia médica. Edumecentro, 7(2): 3 - 18.

Sigerist, H. E. (1937). Socialised Medicine in the Soviet Union. London. Victor Gallancz.

Sigerist, H. E. (1947). Medicine and Health in the Soviet Union. New York: The Citadel Press.

Sklyarova, E. K., Gutieva, M. A., Kamalova, O. N. ve Zaseeva, L. T. (2019). The Rise of the Public Health System in Russian Empire and Great Britain in XIX - the beginning of the XX century. Bylye Gody, 53(3): 1106 – 1114.

Starks, T. A. (2000). The body soviet: Health, hygiene, and the path to a new life in the 1920s. Ohio Stare University.

Suárez Rosas, L. (2012). La especialidad en Organización y Administración de Salud Pública y la Escuela Cubana de Salud Pública. Revista Cubana de Salud Pública, 38(3): 438 – 450.

Torres, N. M. ve Cruz, E. M. (2009). Internationalist medical cooperation. Special magazine: Centennial of the Ministry of Public Health in Cuba. Ministerio de Salud Publica – Organizacion Panamericana de la Salud / Organizacion Mundial de Salud içinde. S: 54 – 64.

Varga, D. (2018). The socialist world in global polio eradication. Revue d'études comparatives Est-Ouest, 1(1): 71 – 94.

WHO. (1970). Twenty-third World Health Assembly. Official Records of the World Health Organization. Part - 2. No: 185. Geneva.

Wikipedia. (Tarihsiz). k.k. Ministerium für Volksgesundheit. https://de.wikipedia.org/wiki/K.k._Ministerium_f%C3%BCr_Volksgesundheit

3. Bölüm: Sağlık Hizmeti Planlaması

Sovyet sağlık sisteminin örgütlenmesi için sağlık hizmetleri planlaması neyse, sosyalist toplum örgütlenmesi için tüm ulusal ekonominin planlanması odur.

Yoldaş Lenin, "*Sosyalizm muhasebedir*" demiştir (1). Yoldaş Stalin ise, "*Doğru muhasebe olmadan hiçbir inşa çalışması, hiçbir devlet işi, hiçbir planlama düşünülemez*" demiştir (2). SSCB'deki sağlık hizmetleri, ulusal ekonomik planın ayrılmaz bir parçası olan, birleşik bir planın temelleri üzerine kurulmuştur. Bu durum, üretim anarşisinin, özel mülkiyetin hakimiyetinin ve sağlık alanında özel ücretli tıbbi pratiğin baskın olduğu kapitalist ülkelerde yoktur ve olamaz.

SSCB'deki sağlık planları, genel olarak ulusal ekonomi planları gibi, sağlık organlarının ve ayrı ayrı tıbbi-sıhhi kurumların çalışmalarının yönünü belirlerken, aynı zamanda bu planların uygulanma yollarını da gösterir.

Üst sağlık organları, alt organlar için plan yapma sınırlarını belirler. Dolayısıyla sağlık planlaması, tıbbi-sıhhi kurumların (hastaneler, poliklinikler, sanitasyon-epidemiyoloji istasyonları vb.) planlarının basit bir toplamından ibaret olmayıp, bu kurumların plan yapımına yönelik genel yönergelerin belirlenmesini öngörür.

Bu durum, yerel çalışanların tüm ihtiyaçları göz önünde bulundurularak, kendi somut planlarını hazırlamalarındaki inisiyatifini hiçbir şekilde kısıtlamaz. Sağlık organları ve sağlık çalışanları, genel yönergelerin sınırları içinde, kendi ihtiyaçlarını planlara yansıtma konusunda tam olanağa sahiptir. Ayrıca planlarda, öngörülen tedbirlerin gerçekleştirilme süreleri de yer alır ("*takvimlendirme*"). Düzenli plan yapım sistemi böyledir.

Sosyalist planlı ekonomi, yalnızca bir yıl için değil, beş yıl ve daha uzun bir süre için de planlar yapma olanağı sağlar.

SSCB'de sağlık planlarının yapım usulü son derece ilgi çekicidir. Plan hazırlığına girişirken sağlık organları bir bölgenin, şehrin, cumhuriyetin, eyaletin ekonomik ve sağlık-hijyenik durumunu, bölgedeki sanayi ve tarımın niteliğini (şehirlerdeki ve kırsal kesimdeki en büyük işletmelerin tespitiyle), nüfusun demografik göstergelerini, yaş kompozisyonunu ve hastalanma oranlarını, epidemiyolojik durumu, tıbbi-sıhhi ağın durumunu ve faaliyetlerini vb. hesaba katar ve tüm bu

verilere dayanarak, kalkınma perspektiflerini de göz önüne alarak nüfusa tıbbi-sıhhi hizmet sunum planını kurar. Böylece, Cumhuriyet (kray, oblast, ilçe, şehir) ölçeğinde doğru şekilde hazırlanmış bir sağlık planı, derin bir analitik çalışmayı temsil eder.

SSCB'deki sağlık planının bir özelliği de kapsamlılığıdır. Bu özellik, planın sadece sağlık organları tarafından yürütülen tedbirlerle sınırlı kalmayıp, konut-komün örgütleri, tarım örgütleri ve diğerleri tarafından gerçekleştirilen tedbirleri de içermesini ifade eder. Tifüs, su yoluyla bulaşan epidemiler, sıtma, geçici iş göremezlikle sonuçlanan hastalıklar vb. ile mücadele planları ilk başta gelen bu tür planlardandır.

SSCB'de toplum sağlığının korunmasının dikkat çekici bir özelliği de, sadece sağlık örgütlerinin değil, diğer Sovyet iktidarı organlarının da toplum sağlığının korunması için kendi paylarına düşeni yapmasıdır. Konut-komün inşası işleri, *Komünal Hizmetler Bakanlığı* görev alanında yer almaktadır (3). Ancak konut-komünal işler yürütülürken, öncelikle toplumun sağlık gereksinimleri dikkate alınır. Konutların hijyeni ve şehirlerin sıhhi bakımı Bakanlığın faaliyetlerinin merkezinde yer alır.

Aşağıda göreceğimiz üzere, sendikalar gibi milyonlarca emekçiden oluşan güçlü birlikler, üyelerinin sağlığını güçlendirmek için devasa bir çalışma yürütmektedir. Eğitim Bakanlığı, yetişen neslin sağlıklı olması konusunda büyük bir çalışma yürütmektedir. Sosyalist düzen, sağlık davasına doğrudan destek olmaktadır. İşte bu yüzden SSCB'de sağlık planlarının yapılmasında, kapsamlılık bu kadar zorunludur.

Ayrı ayrı tıbbi-sıhhi kurumların çalışma planları, faaliyetlerinin daha da genişletilmesi, derinleştirilmesi ve iyileştirilmesinin yollarını çizer. Böylece SSCB'deki bütün sağlık işleri — Bakanlığın kapsamlı planlarından en alt kademedeki sağlık kurumlarının (hastaneler, poliklinikler, kreşler vb.) planlarına ve çalışmalarına kadar— tek bir planda birbirine bağlanmakta ve tek bir devlet bütçesiyle güvence altına alınmaktadır.

Daha önce de belirttiğimiz gibi, böyle düzenli bir planlama sistemi hiçbir kapitalist ülkede yoktur ve olamaz. Yoldaş Stalin'in, İngiliz yazar H. G. Wells'e (4) açıkladığı gibi:

> "*Kapitalistlerden kurtulmadan, üretim araçları üzerindeki özel mülkiyet prensibiyle hesaplaşmadan, planlı bir ekonomi yaratamazsınız*" (5).

Sovyet Anayasası'nın 11. maddesi,

> "*SSCB'nin ekonomik hayatı, toplumsal servetin artırılması, emekçilerin maddi ve kültürel düzeyinin sürekli yükseltilmesi, SSCB'nin bağımsızlığının güçlendirilmesi ve savunma kapasitesinin artırılması yararına, devlet ulusal ekonomik planı tarafından belirlenir ve yönlendirilir*" der.

Şunu eklemek gerekir ki, SSCB'de ulusal ekonominin ve sağlığın planlamasının tarihi, hedeflenen planların sadece uygulandığını değil, aynı zamanda aşıldığını, süresinden önce yerine getirildiğini inkar edilemez bir şekilde göstermektedir. Bu durum bize, savaş sonrası görkemli ulusal ekonomiyi yeniden kurma ve geliştirme planının da sadece uygulanacağı, hatta aşılacağı konusunda tam bir güven vermektedir.

Yoldaş Stalin şöyle söyler:

> "*Programımızın gerçekliği, yaşayan insanlardır, sizin ve benim çalışma irademiz, yeni bir şekilde çalışmaya hazır oluşumuz, planı gerçekleştirme kararlılığımızdır. Bu kararlılığa sahip miyiz? Evet, sahibiz. Öyleyse üretim programımız gerçekleştirilebilir ve gerçekleştirilmelidir*" (6).

Sovyet sağlığı, sadece savaşın açtığı yaraları sarmaya yardımcı olmakla kalmayacak, aynı zamanda Dördüncü Beş Yıllık Plan'ın uygulanması sonucunda Sovyet sağlığı, savaş öncesi seviyeye kıyasla daha yüksek bir basamağa çıkacaktır.

AÇIKLAYICI NOTLAR

1. *Lenin*'in 24 - 27 Aralık 1917'de (6 - 9 Ocak 1918) kaleme aldığı, 1929 tarihinde "Pravda" gazetesinin 17. sayısında, el yazmasından yayımlanan "*Bir yarışma nasıl düzenlenir*"? Başlıklı makalesinden alıntıdır. Şu tümceden türetilmiştir:

> "*İşçi, asker ve köylü vekillerinden oluşan Sovyet meclisleri tarafından, en yüksek devlet otoritesi olarak veya bu otoritenin talimat ve yetkisiyle yürütülen muhasebe ve kontrol, yani emek miktarının ve ürün dağıtımının yaygın, genel ve evrensel muhasebe ve kontrolü, proletaryanın siyasi egemenliği kurulup güvence altına alındıktan sonra sosyalist dönüşümün özüdür*".

2. *Stalin*'in Parti'nin 23 - 31 Mayıs 1924 tarihlerinde düzenlenen 13. Kongresi'nde yaptığı sunumdan bir tümce. Tümcenin bağlamı şöyledir:

> "*Yoldaşlar, doğru muhasebe olmadan hiçbir inşa işi, hiçbir devlet işi, hiçbir planlama işi düşünülemez. Ve muhasebe de istatistik olmadan düşünülemez. İstatistik olmadan muhasebe bir adım bile ilerleyemez. Geçenlerde bir konferansta Rykov, Savaş Komünizmi döneminde Ulusal Ekonomi Yüksek Konseyi'nde bugün bir konuda bir dizi rakam üreten, yarın aynı konuda farklı rakamlar üreten bir istatistikçi olduğunu söyledi. Ne yazık ki, bu tür istatistikçiler hala var*".

3. *Komünal Hizmetler ve Konut Bakanlığı* (Minzhilkomkhoz), Sovyetler Birliği'nde vatandaşların günlük yaşam kalitesini, konut stokunun yönetimini ve kentsel altyapıyı doğrudan idare eden en kritik yürütme organlarından biriydi. Bu bakanlık, inşaatı bitmiş binaların teslim alınması, halkın buralara yerleştirilmesi (iskan), binaların bakımı ve bütün kentsel hizmetlerin kesintisiz sürdürülmesinden sorumluydu.

Bakanlık Federal değil, Cumhuriyet düzeyinde örgütlüydü. SSCB'yi oluşturan 15 kurucu Cumhuriyetin her birinin kendi bünyesinde bağımsız birer Komünal Hizmetler ve Konut Bakanlığı bulunuyordu. Bu Cumhuriyet bakanlıkları, yerel iklim, nüfus yapısı ve kentsel ihtiyaçlara göre politikalar geliştirir, kararları şehirlerdeki yerel Sovyetler ve belediye departmanları aracılığıyla uygulardı.

4. *Herbert George Wells* (1866 – 1946), edebiyat dünyasında Jules Verne ile birlikte "Bilimkurgunun Babası" olarak kabul edilen dünyaca ünlü İngiliz yazar, tarihçi ve sosyologdur.

5. Bu tarihi cümle, İngiliz yazar *H. G. Wells* ile Sovyet lideri *Josef Stalin* arasında 23 Temmuz 1934 tarihinde Moskova'da gerçekleşen meşhur röportajda, Stalin tarafından dile getirilmiştir. Wells, ABD Başkanı Franklin D. Roosevelt'in "*New Deal*" (Yeni Düzen) programını överek, kapitalist ülkelerin de sosyalist devrimlere ihtiyaç duymadan, devlet müdahalesi ve planlı ekonomiyle sorunlarını çözebileceğini savunmuştur. Stalin ise bu teze sert bir şekilde karşı çıkmış ve bu temel Marksist-Leninist ilkeyi ortaya koymuştur.

6. *Stalin*'in 30 Ocak - 4 Şubat 1931 tarihlerinde Moskova'da toplanan *Birinci Tüm Birlik Sosyalist Sanayi İşçileri Konferansı*'nda 4 Şubat 1931 tarihinde yaptığı konuşmadan alıntı. Konferansa fabrika mühendisleri, yöneticiler ve parti görevlileri dahil 728 delege katılmıştır.

OKUMA: EKİM DEVRİMİNİ "DEVRİM" YAPAN NEYDİ?

Ekim Devrimi'ni sözcüğün tam anlamıyla bir "devrim" yapan, insanların gündelik yaşamını köktenci bir biçimde değiştirmesi, tarih boyunca egemen sınıfın çıkarlarına göre örgütlenmiş olan her şeyi, toplumun gereksinimlerine göre yeniden örgütlemesidir.

Bunun en iyi örneklerinden biri Ekim Devrimi'nin "*sağlık*" alanında gerçekleştirdiği devrimdir.

PARADİGMA DEĞİŞİMİ

Tarih boyunca sağlık hizmetinin amacı "*hastaların tedavisi*" olmuş ve tıp da bu amaca uygun olarak hekimleri hastalıkları teşhis ve tedavi edebilecekleri bilgi ve becerilerle donatmak üzere örgütlenmişti.

Bilim, 1700'lü yılların sonlarında, sağlığı tek başına biyolojik faktörlerin belirlemediğini, fiziksel çevrenin de sağlık üzerinde etkileri olduğunu ortaya koymuş ve 1800'lü yılların ortalarına doğru sosyal faktörlerin de (çalışma ve yaşam koşulları) sağlık üzerine önemli etkileri olduğu anlaşılmıştı.

Bu gelişmelerin tıbbın ve sağlık hizmetinin örgütlenmesi üzerinde büyük etkileri oldu. Tıp gözlerini biyolojiden, fiziksel ve sosyal çevreye çevirirken, sağlık hizmetinin insanların yaşam ve çalışma koşullarını iyileştirmeye yönelik tedbirleri de kapsaması gerektiği anlaşıldı.

Yirminci yüzyılın eşiğinde tıbbın ve sağlık hizmetinin nasıl örgütleneceği sorusu "*sınıf savaşımının*" konusu haline gelmişti. Sermaye, tıbbın ve sağlık hizmetinin odağına hasta bireyi alması gerektiğini savunurken, emek sosyal faktörlere odaklanması gerektiğini savunuyordu.

Ekim Devrimi ile sağlık hizmetinin amacı "*hastalıkların önlenmesi*" şeklinde yeniden tanımlandı ve tıp *önleyici hekimlik* temelinde yeniden örgütlendi. Henry E. Sigerist 1937 yılında yayınlanan "*Socialized Medicine in the Soviet Union*" başlıklı kitabına yazdığı sonsözde bu durumu şu tümcelerle ifade ediyordu:

> "*Ve bugün Sovyetler Birliği'nde yapılanların, tıp tarihinde yeni bir dönemin başlangıcı olduğu sonucuna vardım. Beş bin yıllık tıp tarihinde bugüne kadar elde edilen her şey,*

yalnızca bir ilk dönemi temsil ediyor: tedavi edici tıp dönemi. Şimdi Sovyetler Birliği'nde yeni bir dönem, önleyici hekimlik dönemi başladı".

Benzer şekilde tarih boyunca "*bireysel*" bir sorun olarak kabul edilen sağlık, Ekim Devrimi ile "*toplumsal*" bir sorun olarak tanımlandı ve 1918 yılında yeryüzündeki ilk Sağlık Bakanlığı (Narkomzdrav) örgütlenerek, devletin sağlık alanında sorumluluk almasına öncülük edildi.

Ekim Devrimi devlet kontrolünde, sağlığın (ve hastalığın) sosyal belirleyicilerine, önleme ve evrensel erişime dayalı, yeni bir halk sağlığı modeli oluşturdu.

TOPLUMCU TIP VE SAĞLIK HİZMETİ

Toplumcu tıp ve sağlık hizmeti basitçe tıbbın ve sağlık hizmetinin "*toplumun*" gereksinimlerine göre örgütlenmesidir.

Yeryüzünün ilk Sağlık Bakanı Nikolay Semaşko, 1919 yılında yayınlanan "*Sovyet Rusya'da Halk Sağlığının Görevleri*" başlıklı makalesinde Sovyet tıbbının halk sağlığı alanındaki hedeflerini şöyle sıralıyordu:

"*... niteliğin artırılması ve işçiler için sağlıksız ve zararlı yaşam ve çalışma koşullarının ortadan kaldırılmasıyla birlikte ücretsiz ve geniş çapta erişilebilir tıbbi yardım*".

Özel mülkiyetin kent yoksullarının küflü zindanlardan kurtarılıp, sağlam ve geniş evlere taşınmasının, işçiler için sağlıklı çalışma koşulları yaratılmasının ve sosyal hastalıklarla gerçekten mücadele edebilmenin önünde engel olduğunu belirten Semaşko, Sovyet iktidarının özel mülkiyet engelini ortadan kaldırdığını söylüyordu.

Toplumcu tıp ve sağlık hizmetinin ayırt edici özelliklerinden biri sağlığa "*hak*" temelli yaklaşımı ise diğeri de "*önleyicilik*" vurgusuydu. Hastalıkların önlenmesi için herkesin ana rahmine düştüğü andan mezara kadar sağlık yönünden düzenli ve sürekli olarak izlendiği bir dispanserizasyon sistemi örgütlendi.

Dispanserizasyon sisteminde hekimler ofislerinde hastaların kendilerine gelmelerini beklemiyor, işçileri işyerlerinde, öğrencileri okullarında, yaşlıları evlerinde düzenli ve sürekli ziyaret ediyorlardı.

Hekimler zamanlarının büyük bölümünü önleyici muayenelere (sağlam muayeneleri) ayırmaya başladılar.

SOSYAL HİJYEN

Hastalık "bireysel" sorun olduğu kadar "toplumsal" sorun ise sağlık da "*biyolojik*" olduğu kadar "*sosyolojik*" bir konudur ve hekimler sosyoloji üzerine tıpta oldukları kadar bilgili olmalı ve önleyici hekimliğe iyileştirici hekimlik kadar ilgi duymalıdır.

Tıp eğitimi bu anlayış doğrultusunda yeniden örgütlendi. İlk sosyal hijyen kürsüsü 1922 yılında ve Devlet Sosyal Hijyen Enstitüsü 1923 yılında kuruldu.

1927 yılında yayınlanan ilk epidemiyoloji kitabında (*Osnovy epidemiologiia*) mikrop "hastalık etkeni" olarak değil, "*ilk devindirici*" (primum movens) olarak tanımlandı ve konakçı ve çevrenin hastalığın ortaya çıkmasındaki rol vurgulandı. Sosyal hijyenistlere göre sağlığı (ve hastalıkları) belirleyen sosyal faktörler, biyolojik faktörlerin yanında "ikincil" değil, "*birincil*" bir rol oynuyordu.

Böylece Sovyet tıbbı hastalıkların içinde oluştuğu ve geliştiği "*koşullara*" ve bu koşulların iyileştirilmesi için alınacak tedbirlere yöneldi. Hastalıklarla mücadelede insanların yaşam (barınma, beslenme, eğitim vb) ve çalışma koşullarının iyileştirilmesine, yani "*sosyal ve ekonomik tedbirlere*" ağırlık verildi.

TIBBIN VE SAĞLIK HİZMETİNİN DEMOKRATİKLEŞTİRİLMESİ

Semaşko 1920 yılında yayınlanan "*Sağlık Bakanlığı'nın Çalışmaları*" başlıklı makalesinde toplumcu tıp ve sağlık hizmetinin diğer bir ayırt edici özelliğine vurgu yapıyordu:

> "*... işçiler kendi sağlıklarına kendileri sahip çıkmalıdır*".

Yeni sağlık örgütlenmesi "*proleter*" temel üzerine inşa ediliyor, yerellerde tıp ve sanitasyon departmanlarının yöneticileri, yerel *İşçi ve Köylü Vekilleri Sovyetleri* tarafından seçiliyor ve hizmetin planlanmasında fabrika komiteleri, sendikalar ve kooperatifler yer alıyordu.

1918 yılında örgütlenen *İşçi Salgın Savaş Komiteleri*'nde görev alan işçiler, yerellerde kamusal alanları (oteller, tren istasyonları, cezaevleri vb) hijyen yönünden denetliyor ve halka hijyen eğitimleri veriyordu. Sağlık Bakanlığı sosyal hastalıklarla mücadeleyi sendikalarla, kadın ve gençlik örgütleriyle birlikte örgütlüyordu.

TOPLUMCU TIBBIN GERİLEMESİ

Sovyetler Birliği'nde tıbba ve sağlık hizmetine egemen olan toplumcu yaklaşım, 1928 yılında benimsenen "*hızlı sanayileşme*" yaklaşımından olumsuz etkilendi. Sistemin mimarı Semaşko'nun 1930 yılında Sağlık Bakanlığı görevinden ayrılmasından sonra Sovyet tıbbında tedavi hekimliği yeniden önem kazandı.

Hızlı sanayileşme politikası çerçevesinde fabrika sağlık birimleri tedavi hekimliğine ağırlık verilerek yeniden örgütlendi. Bütçeden önleyici hekimliğe ayrılan pay azalırken, tedavi hekimliğinin payı arttırıldı.

Ancak Sovyetler Birliği'nde toplumcu tıp yaklaşımının gerilemesinde en büyük rolü tıp eğitiminin yeniden örgütlenmesi oynadı. Artık yalnızca halk sağlığı alanında erken uzmanlaşmayı seçen öğrencilere önleyici hekimlik ağırlıklı müfredat uygulanıyor, diğer alanlarda tedavi hekimliğine ağırlık veriliyordu.

1930 yılının sonunda *Devlet Sosyal Hijyen Enstitüsü*'nün adı *Sağlık Bakımı ve Hijyen Örgütlenme Enstitüsü* olarak değiştirildi. Bu yalnızca bir isim değişikliği değil, aynı zamanda "*yaklaşım*" değişikliğiydi. Daha önce önleyicilik dendiğinde daha çok "*sosyal ve ekonomik tedbirler*" anlaşılırken, artık aşılama – bağışıklama, sağlık taramaları vb gibi "*tıbbi tedbirler*" anlaşılmaya başladı.

1930'lu yıllarda önleyici hekimlik giderek "bütün" hekimlerin konusu olmaktan çıkarak, Ekim Devrimi öncesinde olduğu gibi yeniden içeriği daraltılarak yalnızca "*halk sağlıkçıların*" konusu haline getirildi.

Bugün birçok sosyalist, toplumcu tıp ve sağlık hizmeti dendiğinde, tıbbi hizmetlerin eşit ve ücretsiz dağıtılmasını anlıyor. Tıbba ve sağlık hizmetine toplumcu yaklaşımın özünün, sağlıklı bir toplum

yaratmak için tıbbi tedbirler yanında sosyal ve ekonomik tedbirler alınması gerektiği olduğu unutuluyor.

https://toplumcutip.blogspot.com/2023/03/ekim-devrimini-devrim-yapan-neydi.html

Akif Akalın – Toplumcu Tıp, 23 Mart 2023

4. Bölüm: Tıbbi Çalışmanın Yönü

Claude Bernard (1), tıbbın görevlerini şöyle tanımlar:

> "*Tıp, insanın sağlığını korumayı ve hastalıklarını tedavi etmeyi amaçlayan bir bilimdir*" (2).

Ve bu tanım, tıbbi faaliyetin özü itibarıyla yönlerini —önleyici ve tedavi edici yönlerini— yansıtmaktadır. Ancak Sovyet tıbbı, Hipokrat zamanından beri açık olan bu meseleyi sadece biçimsel olarak böyle koymakla kalmamıştır, Sovyet sağlık teşkilatı, her iki faaliyet türünün *sentezi* üzerine kurulmuştur.

Sovyet sağlık sisteminde, kapitalist ülkelerdeki gibi, tedavi ile önleme (profilaksi) arasında bir kopukluk yoktur. Kapitalist ülkelerde sıhhi denetim organları "koruma" çalışmalarını yürütürken, özel muayenehane çalıştıran doktorlar ve özel ücretli sağlık kuruluşları tedaviyle ilgilenmektedir (3). Bizde ise hem önleyici hekimlik (sıhhi, antiepidemik) örgütlenmesi, hem de tedavi edici hekimlik (tedavi kurumları) organları, toplum içinde hastalıkların yayılmasını önlemek için ortaklaşa çalışmaktadır.

Dispanserizasyon yöntemi, tedavi kurumları tarafından sunulan önleyici hekimlik faaliyetlerinin güçlü bir iletkenidir. Bizde hastaneler, ayaktan tedavi kurumları ve poliklinikler, biçimsel olarak değil, özü itibarıyla, "tedavi-profilaksi kurumları" olarak adlandırılmaktadır.

Dahası, Sovyet devletinde sağlık hizmetlerinin temelinde, tam olarak önleyici hekimlik (profilaksi) yer almaktadır. Komünist Parti'nin programında (4) açıkça belirtildiği gibi:

> "*RKP(B), halk sağlığının korunması alanındaki faaliyetlerinin temelinde, her şeyden önce hastalıkların gelişimini önlemeyi amaçlayan geniş iyileştirme ve sıhhi önlemlerin hayata geçirilmesini şart koşar*".

Kapitalist sınıf, sınıfsal olarak yalnızca hastalanarak "saf dışı kalmış" bir işçinin (eğer kendisine lazımsa), yeniden sömürü çarkının içine sokulabilmesi için tedavi edilmesinde çıkar sahibidir. Emekçilerin iktidarı olan Sovyet iktidarı ise, nüfusun kökten sağlığına kavuşturulmasıyla ilgilenir.

Profilaksi, yani nüfusun sağlığını güçlendirmeye yönelik önlemler, yalnızca sağlık organları tarafından değil, diğer Sovyet iktidarı organları ve Sovyet kamusallığı tarafından da yürütülmektedir:

İş mevzuatımız işçinin, kadın işçinin, ergenin zararlı çalışma koşullarından maksimum düzeyde korunması üzerine kurulmuştur. Eskiden "*utanç verici ve ağır bir yük*" olan çalışma, bizde (Stalin'in belirttiği gibi) "*bir onur işi, bir şan, kahramanlık ve mertlik işine*" dönüştürülmüştür (5). Yasalarımız bu tür bir çalışma için, normal ve sağlıklı koşulların yaratılmasına yöneliktir.

Kapitalist ülkelerin konut politikasıyla kıyaslanamayacak olan konut politikamız —ki Marx, kapitalist ülkelerin konut politikası için "*sefalet madenleri, spekülatör-inşaatçılar tarafından Potosi gümüş madenlerinin hiçbir zaman sömürülmediği kadar büyük karlar ve daha az maliyetle sömürülmektedir*" diye yazmıştır (6)— emekçilerin gereksinimlerinin azami düzeyde karşılanması üzerine kurulmuştur. Bütün komünal ekonomimizin yönelimi de böyledir.

Toplu beslenme teşkilatları, önemli bir koruyucu hekimlik görevini yerine getirmek üzere örgütlenmiştir: topluma kaliteli gıda sağlamak. Sağlık organları, yetişen neslin bedensel gelişimi ve sağlığının güçlendirilmesiyle halk eğitimi organları ile ortaklaşa ilgilenmektedir. Kamusal örgütler, sendikalar, beden eğitimi ve spor dernekleri, Kızılhaç ve Kızılay örgütleri, toplumun bedensel durumunu ve dolayısıyla sağlığını güçlendirmek adına büyük bir çalışma yürütmektedir.

Dolayısıyla profilaksiyi, sağlık organlarının dar bir kurumsal görevi olarak değil, Sovyet halkının sağlığının güçlendirilmesi için Sovyet devletinin geniş ve derin bir kaygısı olarak anlamak gerekir. Ve bu durum, Sovyet tıbbının 30 yıllık çalışmaları boyunca elde ettiği başarılarda ve Büyük Vatanseverlik Savaşı yıllarındaki antiepidemik mücadelenin başarısında devasa bir rol oynamıştır ve oynamaktadır.

RKP(B) programında belirtildiği gibi, öncelikle hastalıkların gelişmesini önlemeyi amaçlayan geniş iyileştirme ve sıhhi tedbirlerin hayata geçirilmesine çalışan Sovyet iktidarı, aynı zamanda hastalara doğru tıbbi yardımı da organize etmektedir.

"*Doğru tıbbi yardım*" ne anlama gelir ve bunun için ne gereklidir?

Bunun için *öncelikle* yardımın toplum için *erişilebilir* olması, hastanın tıbbi yardımdan yararlanabilecek durumda bulunması gerekir (tıbbi yardımın hastaya uzaklığı meselesi); *ikinci* olarak, yardımın *ücretsiz* olması gerekir, çünkü tedavinin ücretli olması, tıbbi yardımın yakınında olunması durumunda bile herkesin erişebilmesi ilkesini bozar; *üçüncü* olarak ise *nitelikli* olması, yani doğru teşhis ve tedaviyi azami ölçüde garanti etmesi gerekir.

Sağlık teşkilatımız da, tam bu ilkeler üzerine kurulmuştur: topluma ücretsiz, herkesin erişebildiği ve nitelikli tıbbi yardım sağlar. SSCB'deki emekçilerin ve çocuklarının en nitelikli tıbbi yardıma ne kadar erişebildiği, kaplıca çalışmalarının düzenlenmesinde açıkça görülmektedir.

SSCB hem iklim, hem de çamur-su banyosu kaplıcaları ile diğer tüm kaplıca ve fizyoterapi tedavisi türlerine sahip olması bakımından olağanüstü zengin bir ülkedir. Sosyal sigorta fonları ve devlet bütçesi hesabına şehirlerin (işçiler, memurlar, aydınlar) ve köyün (kolhozcular, sovhoz çalışanları) emekçileri ile aileleri, ülkenin tükenmez kaplıca zenginliklerinden ücretsiz yararlanma hakkına sahiptir. Milyonlarca SSCB emekçisi her yıl kaplıcalarda tedavi görmektedir.

Dünyadaki hiçbir kapitalist ülkede, doğal olarak böyle bir imkan yoktur ve olamaz. Temel kapitalist ilke olan "alım-satım", tıbbi pratikte de egemendir. Örneğin ABD'deki hastane yatak kapasitesini (kişi başına düşen) bizimkiyle kıyaslayıp, buradan ABD nüfusunun yatak sayısı açısından daha iyi durumda olduğu sonucunu çıkaranlar derin bir yanılgı içerisindedirler. Bu kişiler, özel tıbbi yardımın ücretli olmasını, dolayısıyla halk kitleleri için erişilemez olmasını ve bu nedenle ABD'deki yatak ağının yetersiz kalıp, boş durmasını göz ardı etmektedirler.

Bilindiği gibi bizde bir yatak, şehirde yılda 340 gün, köyde ise 320 gün dolu olmalıdır. Yatakların boş kalma oranı çok düşüktür. ABD'de ise yataklar aylarca boş kalmaktadır, çünkü büyük çoğunluğu ücretlidir, pahalıdır ve halkın geniş kesimleri için erişilemez durumdadır.

Savaş öncesi ABD'de 1.096.721 yatak bulunuyordu; bu da bin kişi başına 8,4 yatak demektir (bunun 4,5'i psikiyatri yatağıydı). Ülke genelinde yatak fonu düzensiz dağılmıştır. Örneğin Mississippi eyaletinde bin kişiye 4,5 – 6 yatak düşerken, Kolumbiya'da 0,7 yatak düşmektedir. Özel yatak fonu sadece yüzde 50,7 oranında kullanılmıştır, yani yatakların yarısı boş kalmıştır. Buna karşın ücretsiz devlet yatakları yüzde 91,1 oranında kullanılmıştır.

Hastane yardımının masraflarının yüzde 2'si sanayi, yüzde 5'i hayırseverlik, yüzde 14'ü hükumet, yüzde 79'u ise toplumun kendisi tarafından (cepten) karşılanmıştır. En zengin kapitalist devletlerde tıbbi yardımın herkesin erişimine açık olması ve ücretsiz olması meselesi işte böyle ele alınmıştır (ve alınmaktadır).

Tüm kapitalist dünyada durum böyledir. Yalnızca emekçilerin iktidarı olan Sovyet iktidarı, halkına ücretsiz, herkesin erişebileceği ve nitelikli tıbbi yardımı yaratmış ve geliştirmektedir (7).

AÇIKLAYICI NOTLAR

1. *Claude Bernard* (1813 – 1878) Fransız fizyolog. Vücudun dış dünyadan "nispeten bağımsız" olduğunu ve sağlıklı bir "*iç ortamın*", çevredeki eksikliklere uyum sağlayarak fizyolojiyi dengede tuttuğunu açıklamıştır.

2. *Bernard*'ın bu ifadesi, 1865 yılında yayımladığı "*Deneysel Tıbbın İncelenmesine Giriş*" (Introduction à l'étude de la médecine expérimentale) başlıklı kitabından alınmıştır (ilk tümcesidir). Tümcenin aslı şöyledir:

> "*Sağlığı korumak ve hastalıkları tedavi etmek: Tıp, başlangıcından beri bu sorunu ortaya koymuştur ve hala bilimsel çözümünü aramaktadır*".

3. ABD ve Kanada'da halk sağlığı, yirminci yüzyılın başlarından beri liseden sonra dört yıllık bir "lisans" eğitimidir ve Halk Sağlığı okullarından mezun olanlar, *Halk Sağlığı Müfettişi* (Public Health Inspector) olarak belediyelerin Halk Sağlığı departmanlarında görev alırlar. Bu ülkelerde tıp fakültesi mezunları, halk sağlığı alanında uzmanlaşmak için için lisans üstü (yüksek lisans ve doktora) eğitim alırlar. Batı Avrupa ülkelerinde ise böyle bir ayrım gerçekleşmemiş, halk sağlığı tıp içinde bir uzmanlık alanı olarak gelişmiştir.

4. *Semaşko*'nun burada atıf yaptığı program, Komünist Partisi'nin 1919 yılında kabul ettiği ikinci programdır. Atfın bağlamı şöyledir:

> "*Sovyetler Birliği Komünist Partisi, halk sağlığının korunması alanındaki faaliyetlerinin temelini, öncelikle hastalıkların yayılmasını önlemek amacıyla kapsamlı sağlık ve hijyen önlemlerinin uygulanmasına dayandırır. Proletarya diktatörlüğü, eczanelerin, büyük özel hastanelerin ve sağlık merkezlerinin millileştirilmesi, doktorlar için zorunlu çalışma getirilmesi gibi kapitalizm altında imkansız olan bir dizi kamu sağlığı ve sağlık hizmeti önleminin uygulanmasını mümkün kılmıştır*".

5. *Stalin* bu cümleyi 27 Haziran 1931 tarihinde SBKP'nin 16. Kongresi'nde yaptığı konuşmasında (*Merkez Komitesi Siyasi Raporu*) kurmuştur. Bağlamı şöyledir:

"*... insanların emeğe bakış açılarında yarattığı radikal devrimdir; çünkü emeği, daha önce aşağılayıcı ve ağır bir yük olarak görülen bir şeyden, bir onur, bir şan, bir cesaret ve kahramanlık meselesine dönüştürür. Kapitalist ülkelerde böyle bir şey yoktur ve olamaz da. Orada, kapitalistler arasında, halkın onayını hak eden en arzu edilen şey, tahvil sahibi olmak, faizle yaşamak, çalışmak zorunda kalmamaktır; çünkü çalışma aşağılayıcı bir meslek olarak görülür. Burada, SSCB'de ise tam tersine, halkın onayını hak eden en arzu edilen şey, emeğin kahramanı olma, milyonlarca işçi arasında saygınlık halesiyle çevrili, öncü birliklerde kahraman olma olasılığıdır*".

6. *Marx* bu cümleyi Kapital'in 1. cildindeki 25. Bölüm (*Kapitalist birikimin genel yasası*) içinde kurmuştur. Bağlamı şöyledir:

"*... herkes konutların pahalılığının mükemmellikleriyle ters orantılı olduğunu ve sefalet madenlerinin, Potosi madenlerinden daha fazla kârla veya daha az maliyetle ev spekülatörleri tarafından sömürüldüğünü biliyor*".

7. Şüphesiz Semaşko'nun kitabını yayınladığı yıllarda "Tüm kapitalist dünyada durum böyledir" gibi toptancı bir yaklaşım, sözcüğün tam anlamıyla "gerçeği" ifade ediyordu, fakat kapitalist dünyanın Emperyalistler-arası İkinci Paylaşım savaşından büyük yaralar alarak çıkması, kapitalistleri, 19. yüzyılın ikinci yarısındaki gibi sosyalizme yönelen işçileri tatmin etmek için "refah devleti" politikaları izlemeye zorladı.

Semaşko'nun yaşamını yitirmesinden sonra, başta İskandinav ülkeleri olmak üzere batı Avrupa ülkelerinde işçi sınıfının ve emekçilerin çalışma ve yaşam koşulları, geçmişle kıyaslanamayacak ölçüde iyileştirildi. Bu bağlamda gelişmiş kapitalist ülkelerde işçiler sağlık alanında da büyük kazanımlar elde ettiler. Gerçi sosyalizm tehdidini eskisi gibi ensesinde hissetmeyen sermaye, 21. yüzyılda refah devletini yıktı ve işçilere ve emekçilere vermek zorunda kaldığı tavizlerin çoğunu geri aldı, fakat bugün hala "Tüm kapitalist dünyada durum böyledir" şeklinde toptancı yaklaşımlar şüpheyle karşılanabilir.

Bunun yerine "*işçi sınıfının bilinç ve örgütlülük düzeyi*" ifadesinin daha elverişli olduğunu düşünüyoruz. İşçi sınıfının bilinç ve örgütlülük düzeyi sermaye iktidarını tehdit ettiğinde, işçiler kapitalist dünyada da sosyalist ülkelerdekilerle kıyaslanabilecek kazanımlar elde edebiliyor. Kuşkusuz bu kapitalizmde bu kazanımların sınırı, "*sermaye birikiminin*" sekteye uğramasıdır.

OKUMA: HALK SAĞLIĞI VE SOSYAL TEBABET

Hekimliğin serbest meslek olarak bir kazanç vasıtası haline sokulması tebabetin gayesine ve ruhuna aykırıdır. Kâr vasıtası olan her meslekte bir istismar vardır.

Ferdlerin (bireylerin) teker teker tedavi ve bakımını hedef tutan ferdi (bireyci) tebabet (tıp) bugün artık halk sağlığı bakımından temamile (tamamen) yetersizdir. Cemiyet (toplum) içinde insan nasıl tek başına mütalea edilemezse (ele alınamazsa), aynı şekilde sadece şahısları hedef tutan bir tebabet de bugün için kitlenin sağlık ihtiyaçlarına cevap veremez.

Cemiyet bir küldür (bütündür); diğer bütün problemleri gibi sağlığı da bir kül halinde (bütün olarak) ele alınmak gerektir. Bu sebepten yarınki hekimliğin esas[ı] "sosyal tebabet"dir. Diğer ihtisas şubeleri ise sosyal hekimliğin birer yardımcı kolu olacaktır.

Tebabette esas "halk sağlığını koruma" olunca bu yardımcı şubelerin de şimdi son derece yüklü olan işi hafifleyecek ve istikbalde (gelecekte) mahdut (sınırlı) sayıda hastalıklarla meşgul olan tam manasile bir ihtisas şubesi haline gelebilecektir. Bugün bütün dünyada sağlık ve sosyal yardım alanında sarfolunan gayeler "halk sağlığı" meseleleri üzerine teksif edilmiş (yoğunlaştırılmış) bulunmakta ve sosyal tebabetin hudutları genişletilmektedir.

Klinisyenlerce, nadir görülen ve binaenaleyh (bu nedenle) dikkate şayan (değer) olarak kabul edilip neşri (yayınlanması) ile tıp aleminde büyük ilgi uyandıran vakaların "halk sağlığı" bakımından hiç bir ehemmiyeti (önemi) yoktur. Faraza (örneğin) on senede bir defa yahut milyonda bir kişide görülen bilmem hangi enteresan bir hastalık sosyal tebabeti hiç ilgilendirmez. Aksine olarak her gün yüzlercesi görülen ve klinikçilerin "alelade vaka" diyerek üzerinde durmaya bile lüzum görmedikleri hastalıklar ise "halk sağlığı" bakımından son derece önemlidir. Çünki bütün çalışma gayretleri bunları önlemeye matûftur (yöneliktir).

Sosyal tebabetin asıl gayesi mevcut halk hastalıklarını tedavi ile beraber, bundan daha önemli olarak, halka gelebilecek hastalıkları gelmeden evvel önlemektir. Binaenaleyh (dolayısıyla) tedavici olmaktan ziyade koruyucudur. Bu sebepten bir defa organize edilip önleyici tedbirler tamamile alındıktan sonra hâlen mevcut birçok halk salgınları da ortadan kalkacak ve bugün pek mühim yekûnlara varan, fakat o derecede kifayetsiz (yetersiz) olup halka büyük bir şey sağlamayan geniş tedavi masrafları halkın temamen rahatlık ve refahına sarfedilebilecektir.

Mesela, halkın en büyük düşmanı olan verem bugün yeryüzüne o derece geniş bir surette yayılmış bulunmaktadır ki bu işe ayrılan ve sarfolunan (harcanan) paranın bir kaç yüz misli dahi harcanmış olsa bu korkunç afeti önlemek şöyle dursun, mevcut veremlilerin hepsine ihtimam göstermeye yine de kafi gelmez (yetmez).

Binaenaleyh namütenahi (çok sayıda) veremlinin tedavi, bakım veya tecridi (ayrı tutulması) için namütenahi imkan lazımdır, halbuki bu namütenahi imkan mevcut olsa bile bu yoldan veremin kökü katiyen kazınamaz; gaye "veremliyi tedavi" olmakla beraber mücadele bakımından bundan daha önemli olan "insanı veremden koruma"dır. Bu misal hemen bütün hastalıklara teşmil olunabilir (genişletilebilir).

Bir memlekette sosyal tebabetin gelişmesi için halli lazım gelen iki önemli mesele mevcuttur. Bunlardan birisi hekimliği bugün münhasıran (özellikle) ferdiyetçi ve ticari şekilden kurtarıp devletleştirilmesi; diğeri de halkın bu işi tamamen kavrayabilmesi ve yardımcı olabilmesi için sağlık konusunu iyice öğrenmesidir.

Hekimliğin serbest meslek olarak bir kazanç vasıtası haline sokulması tebabetin gayesine ve ruhuna aykırıdır. Kâr vasıtası olan her meslekte az çok bir istismar mevcuttur. Çeşitli karaktere sahip çeşitli ferdler elinde her meslek hakiki formunu kaybedip onu kullananın karakterine uydurulmaktadır. Esefle kaydetmemiz lazımdır ki bizdeki hekimlik de böyledir.

Bugün hekimlere karşı halkımızın itimadı sarsılmıştır. Çaresiz olarak parasız bakılan hastane polikliniklerine müracaat edenler arasında iyi olacağına, iyi bakılacağına inananlar pek azdır. Hekime verecek kadar parası olanlar ise yine bu itimatsızlıktan dolayıdır ki bir hekimle iktifa etmeyip ve kime inanacağını kestiremeyerek kapı kapı dolaşırlar.

Bugün çeşitli şekillerde halkın karşısına dikilmiş bir dert olan "insan sağlığının istismarı"na bir son verilmek zamanı çoktan gelmiş ve geçmiş bulunmaktadır. Tebabetin serbest ticaret metaı olarak kullanılmasına devam edildiği müddetçe yapılacak bütün çalışmalar halk sağlığı bakımından akıntıya kürek çekmek demek olacaktır.

Hipokrat devrinde küret yoktu diye tebabetin alemşumul (her yerde tanınmış olan) namus yeminini okuyup, arkasından küreti eline alarak doğacak nesilleri, ceplerine girecek beş on liraya karşılık imha edenlerin işlerine artık bir son verilmesi gerektir.

Hekimlik her şeyden evvel amme (kamu) hizmeti olduğuna göre; bu mesleğe şerefle beraber fazla kazanç temin etmek gayesile girecek olana kapılar kapatılmalıdır. Şerefle başkasının zararına fazla kazanç temini hırsı yekdiğerile (birbiriyle) bağdaşması mümkün olmayan iki zıt yoldur. Bunları bir arada yürüterek bir taşla birkaç kuş birden vurmak isteyenler devletleştirilmiş bir tebabet mesleği içinde elbetteki buna imkan bulamazlar. Ancak kendilerini cemiyete ve ilme verebilecek olan şerefli kimseler elinde sosyal tebabet ve yarının tıp ilmi hiç bir ihtiras ve istismara alet olmadan süratle gelişebilir.

Tebabetin devletleştirilmesi burada üzerinde durmayacağımız ayrı ve geniş bir konudur. Yalnız şu kadarını ilâve etmek lâzımdır ki böyle bir gaye tahakkuk ettiği zaman hiçbir hekim, devlet hizmetinde bugün çalışanların yaptığı gibi, geçim zorlukları karşısında gündelik ihtiyaçlarını düşünmek durumunda olmayacaktır.

Bir insanın kendisini mesleğe tamamen verebilmesi ve âzamî randımanla çalışabilmesi için lüks sayılmayan normal ihtiyaçlarını temin edecek kadar bir karşılık alması gerektir. İngiltere'de bu önemli konu ele alınmış ve önümüzdeki bir kaç yıl içinde tebabetin devletleştirilmesine karar verilmiştir.

Sosyal tebabetin faaliyet sahası halk kitleleri olduğundan halkın bizzat bu çalışmalara iştirak etmesi çok lüzumludur. Bilhassa halkın arasında büyük salgınlar yapan bulaşıcı hastalıklarla mücadelede bunlar ortaya çıkmadan önce alınacak önleyici tedbirlerin tatbikinde halkın geniş ölçüde yardımına kati lüzum vardır. Bu da ancak halkın bu sahada daha evvelden aydınlanmış olmasiyle mümkündür. Halkın bu şekilde terbiyesi de (eğitimi de) sosyal hekimliğin domenine [fikir sahasına] giren ilk ve en önemli meselelerden birisidir.

Bilgisiz ve tamamiyle geri kalmış bir cemiyet içinde sosyal tebabet çalışmaları beklenildiği derecede müsbet bir netice veremez. Hatta çok kere halk tarafından menfi bir mukavemetle de karşılanabilir. Halkın, bilhassa, gelenek ve göreneklerinin tesiri altında cehalet bataklığına saplanıp kalmış olması her türlü sosyal hijyen kalkınmasına engel olur. Tamamen bu vaziyette bulunan bizim köy halkımızın aydınlatılması ise pek o kadar kolay olmayan bir iştir.

Bugün en büyük şehirlerimizde dahi bu dava henüz halledilmemiştir. Şurada, burada verilen beş on konferans, radyoda bir iki vaız, istasyon, kahve ve mekteplerde asılan bir kaç afişle bu büyük sosyal davanın halline doğru gidilemez. Bu suretle ancak kendi kendimizi aldatmış oluruz.

Bugün memleketimizin pek çok yerlerinde hal sıtmayı okuyup bağlarlar, dalağı keser, vereme tütsü yakıp kabakulağı yazarlar ve yılancığa taş bağlayıp felçliyi binlik tesbihten geçirtirler. Halk bütün bu hastalıkların sebebini bir takım mevhum (gerçekte var olmayan) kuvvetlerde arar ve türlü gülünç usullerle derdine çare bulmaya çabalar. Anadolumuzun hala yılancık ve kırık çıkıkçı ocaklarının cehalet baskısı altında inleyen yerleri vardır.

Halkın uyandırılması için verilen konferanslar her ne kadar faydalı ise de, halk, anlayamayacağı bir lisanla anlatılan mücerret (soyut) sözlerden ibaret konferanslardan ziyade gözlerinin önünde cereyan eden hadiselere inanır. Bu nokta göz önüne alınarak şimdi dünyanın bir çok yerlerinde olduğu gibi kültür ve propaganda filmlerinden faydalanmak ve sosyal tebabet organizasyonu içine filmciliği de esas olarak almak düşünülmüş ve tatbik edilmiştir.

Halen Amerika'da, İngiltere ve Sovyetler Birliği'nde kültür filmleri bu gün artık sosyal tebabetin yardımcı bir şubesi haline girmiş bulunmaktadır. Bu maksatla bir çok hekimler, hijyen mütehassısları, belediyeciler, film operatör ve teknisyenleri, kimyagerler, biyoloji mütehassısları ve sağlık mühendisleri sıkı bir işbirliği yapmakta ve halka zahmetsizce, hatta zevkle öğretilebilecek kültür film kütüphaneleri meydana getirmektedirler.

Böyle bir işbirliği ile hazırlanan kültür filmleri halk tarafından büyük bir alaka ile karşılanmakta ve gözlerinin önünde cereyan eden hadiseler verilecek bin bir öğüt ve mücerret konferanslardan daha ziyade faydalı olmaktadır. Bu filmlerde mesela halk salgınların sebeplerini, geçiş şekilleri, klinik tabloları, tedavi tarzları, alınacak korunma tedbirleri ve tatbikleri, tedavi görmeyen vakaların neticeleri, demonstratif bir şekilde temsil edilmektedir. Bu son harp yıllarında bu gibi filmler Amerikan ordusunda öğretim programına konmuş ve çok istifade edilmiştir.

Hülasa (özetle): Halk, sağlığının gereği üzere garanti altına alınabilmesi için her şeyden önce şu iki önemli meselenin halli lazımdır:

1- Tebabetin devletleştirilip bir ticaret vasıtası olmaktan ve dolayısiyle insan sağlığının da istismardan kurtarılması,
2- Halkın hayat standardının yükseltilmesi ve bunun için de evvel emirde (ilk iş olarak) cehaletin ortadan kaldırılması.

Sabire Dosdoğru – Yığın Dergisi, 15 Aralık 1946

OKUMA: SOSYALİZM ve SAĞLIK

Bilim ve Aydınlanma Akademisi tarafından 6 - 8 Aralık 2019 tarihlerinde Ankara ODTÜ Vişnelik Tesisleri'nde düzenlenen Sosyalist Gelecek ve Planlama Sempozyumu'nda sunulmuştur.

GİRİŞ

Sınıflı toplumlarda toplumsal yaşam ve dolayısıyla toplumsal yaşamın önemli bir parçası olan sağlık hizmeti, "egemen" sınıf(lar)ın gereksinimleri doğrultusunda (Belek ve ark., 1998) ve tedavi odaklı olarak örgütlenmiştir. Köleci ve feodal toplumlarda toplumun ezilen, yoksul kesimleri sağlık/hastalık sorunlarını "geleneksel" tedavi yöntemleriyle çözmeye çalışırken, sağlık hizmeti yalnızca saray ve soyluların emrindedir (Akalın, 2013).

Kapitalist toplumda zenginliğin "artık – değer" sömürüsüne dayanması ve sağlıklı emekçinin öneminin artması nedeniyle, "sermaye birikiminin gereksinimleri" doğrultusunda örgütlenen sağlık hizmetinden emekçiler de bilinçlilik ve örgütlülük düzeyleri ölçüsünde yararlanabilmektedir. İkinci Paylaşım Savaşı sonrası dönemde sınıf mücadelesinin yükselmesiyle birlikte emekçiler sağlık hizmetinden daha fazla yararlanma şansı bulmuş, fakat 1990'lı yıllarda sosyalizmin çözülmesi ve işçi sınıfı hareketinin gerilemesiyle sağlık alanında kazandıkları haklar törpülenmiştir.

Sosyalist toplumda sağlık hizmeti "toplumun gereksinimleri" doğrultusunda, odağına "önleyiciliği" alarak yeniden örgütlenmiştir ve kapitalist toplumdakinden "niteliksel" olarak farklıdır (Akalın, 2015).

SOSYALİST TOPLUMDA SAĞLIK HİZMETİ

Sosyalist toplumda sağlık hizmetinin örgütlenmesine ilişkin literatür çok yetersizdir. Son on yıllarda yurt dışında yapılan yayınların çoğunda eski sosyalist ülkelerin sağlık alanındaki deneyimleri çarpıtılmakta ve başarıları değersizleştirilmeye çalışılmaktadır. Sağlıkta sosyalizm çoğu kez bir finansman yöntemine (finansmanın genel bütçeden karşılanmasına) ve/ya hizmet modeline (devlet hizmeti) indirgenmekte, hizmetin "içeriğine" hiç değinilmemektedir.

Tarihteki ilk sosyalist toplumu inşa eden Sovyetler Birliği'nde sağlık hizmeti, ülkenin ilk Sağlık Bakanı Nikolay Semaşko tarafından geliştirilen bir model (Semaşko Modeli) ile toplumun

gereksinimleri doğrultusunda ve odağına önleyiciliği alarak örgütlenmiştir. İkinci Paylaşım Savaşı sonrasında sosyalizme yönelen doğu Avrupa ülkeleri ve Çin Halk Cumhuriyeti ile daha sonra sosyalizme yönelen Küba ve Vietnam gibi ülkeler de sağlıkta Semaşko modelini benimsemişlerdir.

Semaşko Modeli'nin ayırt edici özellikleri, evrensellik, bütünlüklülük ve toplum katılımıdır.

Evrensellik

Evrensellik, sağlık hizmetine "erişimi" ifade eden bir kavramdır. Bir ülkede yaşayan insanların, üretilen sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri için yalnızca sağlık kurumlarının ve sağlıkçıların varlığı yeterli değildir. İnsanların bu olanaklara erişebilmelerinin önünde mali, coğrafi, sosyal veya kültürel engeller olabilir. Örneğin gereksinim duydukları sağlık hizmetinin bedelini ödeyemeyenler, yaşadıkları yerde sağlık kurumu bulunmayanlar veya çeşitli nedenlerle (örneğin cinsel tercihlerinden dolayı) sağlık kurumlarında ayrımcılığa uğrayanlar, sağlık hizmetine yeterince erişemezler.

Tarihte "bütün" yurttaşlarına gereksinim duydukları sağlık hizmetine hiçbir engelle karşılaşmadan erişim olanağını veren ilk ülke Sovyetler Birliği olmuştur (Akalın, 2010). Sovyet hükumeti, kurulduktan dört gün sonra, 13 Kasım 1917'de yayınladığı bir kararnameyle, Sovyetler Birliği'nde yaşayan bütün yurttaşlar için sağlık hizmetlerini "ücretsiz" kılarak (Sigerist, 1937), sağlık hizmetine erişimde mali engelleri ortadan kaldırmıştır.

Sovyetler Birliği'nde devlet, yine tarihte ilk kez yurttaşlarının sağlığı için "doğrudan" sorumluluk üstlenmiş ve sağlık hizmetinin bir "devlet hizmeti" olarak örgütlenmesi için 1918 yılında dünyadaki "ilk" Sağlık Bakanlığı örgütlenmiştir. Ülkede sağlıkla ilişkili bütün kurum ve kuruluşlar kamulaştırılmış, Sağlık Bakanlığı kısa sürede ülkenin en ücra köşelerine kadar örgütlenmiş ve bütün Sovyet yurttaşlarının evlerinin ve işyerlerinin yakınında sağlık hizmetine erişebilmesini garanti altına almıştır (Newsholme ve Kingsbury, 2015).

Sovyetler Birliği'nden sonra kapitalist ülkeler de sağlık hizmetinde evrensellik ilkesini benimsemişler ve yurttaşlarının sağlık hizmetine erişimi önündeki engelleri kaldırmak için çeşitli girişimlerde bulunmuşlardır. Ancak kapitalist ülkelerde evrensellik kavramının içi boşaltılmış, içeriği çok daraltılmıştır (Birn ve Nervi, 2019).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) evrenselliğin, sosyalist ülkelerde olduğu gibi herkesin, "bütün" sağlık giderlerinin karşılanması anlamına gelmediğini, yalnızca herkesin sağlık bakım hizmetlerine erişebilmesi anlamında kullanıldığını ifade etmektedir (WHO, 2010). Dahası DSÖ evrenselliği, son zamanlarda türeyen "kapsayıcılık" kavramıyla birlikte kullanmaktadır. Bu bağlamda bireyler, "belirli bir hizmet paketi" için mali koruma altındadır ve evrensellik "bu pakette yer alan hizmetlere erişimi" garanti etmektedir (WHO, 2019). Bireyler paketin dışında kalan hizmetler için ceplerinden ödeme yapar veya ilave sigorta poliçeleri satın alırlar.

Son olarak sosyalist ülkelerde sağlık hizmetlerinin genel bütçeden finanse edilmesi ve devlet tarafından sunulması evrensellik için olmazsa olmaz koşullar olarak görülürken, DSÖ'ne göre evrensellik için bunlar şart değildir. İnanılması çok güç görünse de, DSÖ bir ülkede sağlıkta evrenselliğin yurttaşların özel sağlık sigortası poliçesi satın almasıyla da sağlanabileceğini savunmaktadır (WHO, 2019).

Bu çerçevede insanların "sağlık hakkını" yalnızca ve gerçek anlamıyla sosyalist toplumlarda kullanabildiklerini, kapitalist toplumda sağlık hakkının genellikle "kağıt üzerinde" kaldığı söylenebilir. Kapitalizmin metalaştırdığı sağlık, sosyalizmde gerçekten bir insan hakkıdır.

Sosyalist toplumda devlet, yurttaşların sağlık hizmetine erişimi önündeki mali engelleri ortadan kaldırmak için sağlık hizmetini genel bütçeden finanse eder ve yurttaşlara sözcüğün tam anlamıyla "ücretsiz" sunar. Asla katkı payı, katılım payı veya kullanıcı ücreti gibi isimler altında ücretler talep edilmez. Kapitalist ülkeler ise sağlık hizmetlerinin finansmanı ile sunumunu ayırarak, devletin sağlıktaki rolünü sınırlar (Birn ve Nervi, 2019).

Sosyalist toplumda yurttaşların, ülkenin neresinde yaşarlarsa yaşasınlar, gereksindikleri sağlık hizmetine eşit erişebilmeleri için devlet ülkenin her yerinde sağlık kuruluşlarının ve sağlık emekçilerinin dengeli dağılımını sağlar. Bunun sağlanabilmesi, "eşitsiz gelişmenin" bir kural olduğu kapitalist toplumların doğasına aykırıdır. Nitekim kapitalist toplumlarda sermaye yalnızca kâr motifiyle yatırım yaptığından, sağlık hizmeti metropollerde yoğunlaşmakta, sağlık kurumları ve sağlık emekçileri ülkeye eşitsiz dağılmaktadır.

Sağlık hizmetine erişimde sosyal ve kültürel engellerin kaldırılması, sağlık kurumlarında kimseye ırkına, toplumsal cinsiyetine veya cinsel tercihine dayalı ayrımcılık yapılmamasının sağlanması

önemlidir. Kapitalist toplumlarda sınıf, etnik kimlik veya toplumsal cinsiyet temelinde ayrımcılık düzenin "doğasında" bulunduğundan, sağlık hizmeti düzenin bu tür kusurlarından muaf olamaz.

Bütünlüklülük

Sağlık hizmetinde bütüncüllük terimi, birinci basamakta önleyici ve tedavi edici hizmetlerin bir arada sunulması veya koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerin bütünleştirilmesi gibi durumları tanımlamaktadır (WHO, 2008). Bu makalede bütünlüklülük ile sağlık sorunlarının çözümünde tek başına önleyici, tedavi edici ve rehabilite edici tıbbi tedbirlerle yetinilmemesi ve tıbbi tedbirler yanında sosyal, ekonomik ve politik tedbirleri de içeren "bütünlüklü" bir yaklaşıma sahip olunması kastedilmektedir.

Bazı yazarlar çok daha dar bir çerçevede de olsa bu yaklaşımı "kapsamlılık" terimi ile ifade etmektedir (Magnussen ve ark, 2004). Ancak kapsamlılık terimi de çeşitli yazarlar tarafından çok farklı anlamlarda kullanılabildiğinden, bu makalede sosyalizmin sağlıkta tıbbi tedbirler ile sosyal, ekonomik ve politik tedbirleri birlikte değerlendirmesini tanımlamak için "bütünlüklülük" terimi tercih edilmiştir.

Sağlığın esas olarak "biyolojik" bir olgu olarak kabul edildiği kapitalist toplumlarda sağlık hizmetinin kapsamı ağırlıkla "tıbbi hizmetlerle" sınırlandırılmıştır. Kapitalist ülkeler, DSÖ'nün sağlığın yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hali olduğu şeklindeki sağlık tanımını kağıt üzerinde benimser görünmekle birlikte, uygulamalarında sağlığı genellikle hastalığın olmayışına indirger ve sağlık hizmetini buna göre örgütlerler (Akalın 2015).

Bu yaklaşım kendisini kapitalist tıbbın bütün sağlık sorunlarının ardında ısrarla biyolojik/genetik faktörler arama eğiliminde göstermektedir. Oysa bugüne kadar yapılan araştırmalar, hastalıkların yalnızca yüzde ikisinin tekil gen lokusundaki bir hataya atfedilebildiğini (Strohman, 1993), fakat genler ile sağlığın diğer belirleyicileri arasındaki "ilişkilerin" önemli olduğunu ortaya koymaktadır (Finch ve Tanzi, 1997).

Sosyalist toplumda sağlık salt tıbbi bir konu olmaktan çok, kapsamlı bir toplumsal dönüşümün bir parçası olarak görülür. Bu çerçevede sosyalist ülkeler yurttaşlarının sağlığı için tıbbi hizmetler yanında, herkese parasız eğitim, gıda güvencesi ve sosyal güvence gibi hizmetler de sunarlar.

Sağlığa ve hastalıklara bütüncül yaklaşım içinde "önleyicilik", sağlığın sosyal, ekonomik, çevresel ve politik belirleyicilerini kapsayacak şekilde en geniş bağlamında anlaşılır (Brouwer, 2012).

Diğer yandan Sovyet tıbbında önleyicilik, sağlığa bütünlüklü yaklaşım çerçevesinde kapitalist ülkelerdeki önleyicilik yaklaşımından iki yönüyle çok farklıdır.

Birincisi, kapitalist tıpta önleyici hizmetler, genellikle tedavi edici hizmetlerden "ayrı" örgütlenirken, Sovyet tıbbında tedavi hizmetleriyle bütünleştirilmiştir. Önleyici hizmetler ile iyileştirici hizmetler arasındaki geleneksel ayrımı ortadan kaldırması ve önleyici hizmetleri tıbbi hizmetlerle sınırlamaması, sağlığa sosyalist yaklaşımın ayırt edici özelliklerinden biridir.

İkincisi, kapitalist tıpta önleyici hizmetler "tıbbi proflaksi" ile sınırlıyken, Sovyet tıbbında "sosyal proflaksiyi" de kapsar; yani sosyalist toplumda hekimler aynı zamanda birer sosyal çalışmacı olup, "sosyal tanı" koyabilme ve "sosyal tedavi" uygulayabilme becerilerine de sahiptir (Akalın, 2010).

Sağlıkta bütünlüklü yaklaşım ilk kez toplumcu tıbbın kurucularından Rudolf Virchow tarafından formüle edilmiştir. 1840'larda Yukarı Silezya kömür madenlerinde patlak veren ve çok sayıda can alan bir salgın sonrasında, böyle salgınların bir daha yinelenmemesi için hangi tedbirlerin alınması gerektiğini araştırmak üzere Prusya hükumeti tarafından bölgeye gönderilen Rudolf Virchow, daha sonra bir toplumcu tıp klasiği olarak anılacak bir rapor hazırlamıştır. Virchow raporunda, salgının nedenlerinin fiziksel olduğu kadar "sosyal ve ekonomik" olduğunu belirterek, salgınların yinelenmemesi için tıbbi tedbirlerin "yeterli olmayacağını", sosyal ve ekonomik tedbirler de alınması gerektiğini belirtmiştir (Akalın, 2013).

Toplum katılımı

Sosyalist bir toplumda sağlık hizmetine toplum katılımı, sözcüğün en geniş anlamıyla sağlık hizmetinin planlanmasından örgütlenmesine, sunumundan denetimine ve değerlendirilmesine, yeniden planlanmasına kadar bütün aşamalarında toplumun etkin katılımını ifade etmektedir.

Tarihte bu çerçevede bir toplum katılımının ilk örneği Sovyetler Birliği'nde gözlenmiştir. Haziran 1918'de toplanan Tıp ve Sağlık Kurulları Kongresi'nde Khirin, işçilerin ve köylülerin bütün politik ve ekonomik gücü ellerine aldıkları gibi, sağlıklarının korunmasını da ellerine almaları gerektiğini ifade etmiştir. Daha sonra Sovyetler Birliği'nin ilk Sağlık Bakanı olan Nikolay Semaşko da,

işçilerin sağlığının işçilerin ellerinde olması gerektiği düşüncesiyle hareket ederek, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde bütün aşamalarda işçilerin söz, yetki ve karar sahibi olmalarını sağlayacak mekanizmalar geliştirmiştir (Akalın, 2010).

Semaşko modelini benimseyen diğer sosyalist ülkelerde de sağlık hizmetlerine toplum katılımı sağlamak amacıyla çeşitli mekanizmalar oluşturulmuştur. Örneğin Küba'da Sağlık Bakanlığı, Küba Kadınlar Federasyonu, Devrimi Savunma Komiteleri ve Sendikalar Birliği ile çok yakın ilişki içinde çalışır (Brouwer, 2012).

Şüphesiz güçlü bir sağlık yönetimi, sağlık programlarının oluşturulmasında ve uygulanmasında çok önemlidir, ancak bu programların başarısı, toplumun bu programları ne kadar benimsediğine ve sahip çıkmasına bağlıdır. Sovyet tıbbının başarısının sırrı, emekçilerin sağlık hizmetlerine aktif katılımıdır (Sigerist, 1937).

SONUÇ

Sosyalizmde sağlık "sosyal" bir olgu olarak tanımlanır ve üretim tarzı ve üretici güçler ile üretim ilişkileri arasındaki diyalektik ilişkiler içinde anlaşılır. Diğer bir deyişle sağlığın "bağlamını" üretim tarzı ve üretici güçler ile üretim ilişkileri arasındaki ilişkiler oluşturur. Bunun nedeni insanın, hem üretici güçlerin (emek, kaynaklar vb), hem de üretim ilişkilerinin (işbölümü, sosyal kurumlar vb) ana unsuru olmasıdır.

Bir toplumun üretim tarzı, o toplumun sosyal örgütlenmesinin desen ve dinamiklerini belirler. Üretim araçları üzerinde özel mülkiyetin egemen olduğu, artık değer sömürüsüne dayalı kapitalist toplumlarda, devlet aygıtı ve toplumsal kurumlar (dolayısıyla sağlık hizmeti) sermayenin çıkarlarına göre örgütlenmişlerdir. Şüphesiz işçi sınıfı bu durumu kendi lehine çevirmek için sürekli bir mücadele içindedir ve kapitalist toplumda emekçilerin sosyal, ekonomik ve siyasal kazanımlarının, sağlık hizmetinden yararlanabilmelerinin düzeyini bu mücadele belirlemektedir.

Sağlıkta sosyalizmin, sağlık hizmetinin devlet tarafından "ücretsiz" sunulmasına eşitlenmesi veya indirgenmesi, çok yanlış bir tutumdur. Sağlık hizmetinin ücretsiz sunulması, yalnızca herkesin gereksinim duyduğunda, mali bakımdan kaygı duymadan sağlık bakımına erişimini sağlar. Tarihte bunu gerçekleştirmeyi başarabilmiş Kanada ve İngiltere gibi kapitalist ülkeler vardır. Ancak bu ülkelerdeki sağlık hizmetlerini sosyalleştiren uygulamalar, asla "sosyalist" uygulamalar olarak

nitelenemez, çünkü sağlık hizmetini ücretsiz kılmak, bu ülkelerde sağlık hizmetinin "kapitalist karakterini" değiştirmemiştir. Bu ülkelerde sağlık, alınıp – satılan bir meta olma niteliğini taşımaya devam etmiştir (Livingstone ve Capps, 2010).

Diğer yandan günümüzde sermaye tıbbı da, sağlığın 1840'larda Engels tarafından tanımlanan ve Virchow tarafından formüle edilen "sosyal belirleyicilerini" 170 yıl gecikmeyle de olsa kabullenmek zorunda kalmıştır, fakat bu belirleyicilerin ardındaki güç ilişkilerini (Navarro, 2009) sorgulamak sosyalist tıbbın ayırt edici özelliği olmaya devam etmektedir. Virchow'a göre sağlık hizmeti, "devlet" hizmeti olarak örgütlenmeli ve herkese eşit ve ücretsiz sunulmalıdır; ancak bireylerin ve toplumun sağlığının iyileştirilmesi için yalnızca tıbbi müdahaleler asla yeterli değildir. Sonuç almak için tıbbı müdahalelere, sağlığın sosyal belirleyicilerine hitap eden sosyal tedbirler eşlik etmeli ve insanların hastalık üreten yaşam ve çalışma koşulları iyileştirilmelidir (Mackenbach, 2009).

Sağlıkta sosyalizm, kapitalist toplumda sunulan sağlık hizmetinin daha eşit ve adil dağıtılması değildir. Sosyalist toplumda sağlık hizmeti, kapitalist toplumdaki sağlık hizmetinden "niteliksel" olarak farklıdır veya başka bir sağlık hizmetidir. Özetlemek gerekirse; sosyalist toplumda sağlık hizmeti:

• Ulusal bir sosyoekonomik programın (veya planlı ekonominin) bir parçasıdır
• Herkese eşit ve ücretsiz sunulur
• Basamaklı bir sistem içinde uzman sağlıkçılar tarafından sağlanır
• Önleyicilik önceliklidir
• Gereksinimlerin belirlenmesinden planlamaya, uygulamadan değerlendirme ve denetime, bütün süreçlerde toplum katılımı esastır.

https://toplumcutip.blogspot.com/2020/03/sosyalizm-ve-saglk.html

Akif Akalın – Toplumcu Tıp, 23 Mart 2020

KAYNAKÇA

Akalın, M.A. (2010). Toplumcu Tıp: Sovyetler Birliği Deneyimi. İstanbul: Yazılama.

Akalın, M.A. (2013). Toplumcu Tıbba Giriş: Toplumcu Tıp Ders Notları. İstanbul: Yazılama.

Akalın, M.A. (2015). Sağlığa ve Hastalığa Toplumcu Yaklaşım. İstanbul: Yazılama.

Belek, İ., Nalçacı, E., Onuroğulları, H., Ardıç, F. (1998). Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi. İkinci Baskı. İstanbul: Sorun Yayınları.

Birn, A.E. ve Nervi, L. (2019). What matters in health (care) universes: delusions, dilutions, and ways towards universal health justice. Globalization and Health, 15(Suppl 1): 0. doi:10.1186/s12992-019-0521-7.

Brouwer, S. (2012). Devrimci Doktorlar. Çeviren: L. Aydeniz. İstanbul: Notabene.

Finch, C.E. ve Tanzi, R.E. (1997). Genetics of aging. Science, 17, 278(5337): 407 – 411.

Livingstone, M. ve Capps, L. (2010). Health Care Reform: a Socialist Vision. Social Medicine, 5(1): 74 – 76.

Mackenbach, J.P. (2009). Politics is nothing but medicine at a larger scale: reflections on public health's biggest idea. Journal of Epidemiology & Community Health, 63: 181 – 184. doi: 10.1136/jech.2008.077032

Magnussen, L., Ehiri, J. ve Jolly, P. (2004). Comprehensive Versus Selective Primary Health Care: Lessons For Global Health Policy. Health Affairs, 23(3):

Navarro, V. (2009). What we mean by social determinants of health. Global Health Promotion, 16(1): 5 – 16.

Newsholme, A. ve Kingsbury, J.A. (2015). Kızıl Tıp. Çeviren: S. Görmez. İstanbul: Yazılama.

Sigerist, H.E. (1937). Socialized Medicine in the Soviet Union. London: Victor Gollancz.

Strohman, R. C. (1993). Ancient genomes, wise bodies, unhealthy people: Limits of genetic thinking in biology and medicine. Perspectives in Biology & Medicine, 37(1): 112 – 145.

WHO. (2008). Integrated health services: what and why? Health Services Delivery Technical Brief No.1. Erişim Tarihi: 19.12.2019. https://www.who.int/healthsystems/technical_brief_final.pdf

WHO. (2010). The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. Erişim tarihi: 19.12.2019. http://www.who.int/whr/2010/en/.

WHO (2019). Universal health coverage (UHC). Erişim tarihi: 19.12.2019. https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc).

5. Bölüm: Topluma Tıbbi Hizmet Sunumunda Bölge (Uçastok) ve Dispanserizasyon Yöntemi

İstisnasız tüm kapitalist ülkelerdeki sağlık örgütlenmesinin en yaralı noktası, kırsal nüfusa sunulan tıbbi yardımdır. Truman, Kongre'ye sunduğu (yukarıda anılan) mesajında bu konuya değinmiş, 15 milyon nüfuslu 1.200 ilçede hiç hastane olmadığını ve olanların da, hastaneler için aranan asgari koşulları bile karşılamayacak durumda olduğunu belirtmiştir (1).

Kırsal kesimdeki tıbbi çalışmaların yetersizliği, burjuva politikacılar ve tıp insanları tarafından dahi kabul edilmek zorunda kalınmıştır. Bu soru ilk kez 1934 yılında *Milletler Cemiyeti Hijyen Komisyonu*'nda ele alınmıştır (2). Çeşitli ülkelerden gelen raporlar, komisyona kaygı verici sinyaller vermiştir.

İşlerin durumunu inceleyen çeşitli ülkelerdeki araştırmalar, felaket niteliğinde bir tablo ortaya koymuştur: kırsal sakinler neredeyse tıbbi yardımdan mahrumdur; kırsal kesimdeki hekimler büyük şehirlere kaçmakta, kırsalda ise çoğunlukla ikametgah değiştiremeyecek durumda olan yaşlı hekimler kalmaktadır.

Milletler Cemiyeti Hijyen Komisyonu, kırsal kesimde yaşayanlara hizmet sunumu meselesini, en yakın uluslararası konferansta ele almaya ve gerekli tedbirler hakkında bir rapor sunmaya karar vermiştir. Farklı dillerde raporlar hazırlanmış, 1939 yılı için uluslararası bir konferans tayin edilmiş, ancak bu konferans gerçekleştirilememiştir. Faşistlerin Polonya'ya saldırısı bu konferansı engellemiştir (3).

Konferansta tartışılacak raporda hangi önlemler öneriliyordu?

E. N. Yakubova (4), kırsal sağlık ve sıhhi hizmetlerin örgütlenmesinde Rusya'nın öncü rolü üzerine yazdığı doktora tezinde, Konferans için hazırlanan rapor metni ile Osipov, Erisman ve diğerlerinin bilinen eserini ("*Rus Zemstvo Tıbbı Derlemesi*") karşılaştırmıştır (5).

Yabancı basında bu fikirleri o dönemde büyük bir coşkuyla popülerleştiren kişi, Zemstvo tıbbının hayranı Prof. F. F. Erisman'dı (6). Her iki belgenin içerik ve temelindeki ilkeler açısından örtüşmesi şaşırtıcıdır. Zemstvo doktorlarımız, kırsal sağlık teşkilatının temeline, *bölge* (*uçastok*) ilkesinin konulması konusunda ısrar ediyorlardı: belirli bir bölgenin nüfusuna hizmet edecek sağlık birimleri (hastaneler, ayaktan bakım kurumları) kurulmalı, öncelikle bu tür bölge birimlerinin kurulmasıyla

işe başlanmalı ve bu birimler yalnızca tedavi edici değil aynı zamanda sıhhi faaliyetlerde de "karakol" (İngilizce kaynaklarda kapı tutucu – *gate keeper*) görevi görmeliydi. Kırsal yerleşim yerlerinde bölgesel dayanak noktaları yaratılmadan sıhhi çalışmalar yürütülemezdi.

Milletler Cemiyeti Hijyen Komisyonu'nun raporu da, tam olarak bu fikirleri yeniden üretmekte, bazen Osipov (7) ve diğerlerinin tezlerini kelimesi kelimesine tekrarlamaktadır. Bu durum aşağıdaki karşılaştırmadan açıkça görülmektedir.

Erisman ve diğerlerinin metni:

> "*Zemstvo tıbbının normal yapısı, guberniyanın sıhhi yönden incelenmesine öncülük etmeli ve bu incelemeyle eş zamanlı yürütülmelidir. Tıbbi yardımın kapılarını açan her bir hastane, aynı zamanda halkın yaşam koşullarının sıhhi şartlarını gözlemlemek için ilk istatistik mercii olacaktır*".

Milletler Cemiyeti Hijyen Konferansı rapor metni:

> "*Kırsal kesimde sosyal tıp politikasının temeli, sağlık bakım örgütlenmesiyle başlatılmalıdır... Aynı zamanda koruyucu hekimliğe girilecek kapıyı açan araç da budur*".

Böylece, ülkemizde henüz devrim öncesi dönemde Zemstvo tıbbı (8) tarafından ilk kez uygulanan bölge (uçastok) ilkesi, uluslararası düzeyde de onay gördü. Bu ilkenin uygulamaya konulmasındaki onur ülkemize aittir.

Sovyet sağlık hizmetleri bu sağlıklı temeli sürdürmüş, bu doğru ilkenin uygulanmasını kökten iyileştirmiştir. Her şeyden önce bu işe planlama ilkesi getirilmiştir.

Zemstvo döneminde imtiyazlı kesimler —Zemstvocular (büyük çoğunluğu soylulardan oluşuyordu)— bölgeleri kırsal nüfusa hizmet planına göre değil, ikincil nitelikteki mülahazalara dayanarak, yani etkili bir toprak sahibinin malikanesine yakınlık gibi kriterlere göre kuruyorlardı. Boş (genellikle tarıma elverişsiz olan) arazilerin varlığı vb. dikkate alınıyordu.

Sovyet sağlık teşkilatı ise kırsal bölge tıbbını, planlama ilkesiyle kurmuş ve kurmaktadır. Topluma tıbbi yardımın herkes tarafından erişilebilir olması, o bölgedeki önde gelen tarım ve sanayi

işletmelerine en iyi hizmetin sunulması, sıhhi-epidemiyolojik mülahazalar, arazinin coğrafi yapısı, sakinlerin meslekleri vb. unsurlar rehber alınmıştır. Bölge ağı bu şekilde kurulmuş ve kurulmaktadır.

Sovyet sağlık hizmetleri bu ilkenin uygulanmasını genişletmiş ve iyileştirmiştir: bu ilke yalnızca kırsal nüfusa değil, kentsel nüfusa da hizmet verecek şekilde uygulanmaktadır. Şehir ambulatoryası (9), polikliniği ve hastanesi de bölge ilkesine göre çalışmaktadır.

Bu durum, tedavi eden doktorun kendi bölgesini, nüfusunun çalışma ve yaşam koşullarını daha iyi tanımasını, sık ve uzun süreli hastalananları tespit etmesini, hastalarını tanımasını, yalnızca tedavi edici değil önleyici tedbirler de almasını, bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkması ve yayılmasıyla daha iyi mücadele etmesini sağlar.

Böylece bölge doktoru, ailenin "ev doktoru" haline gelmektedir. Kendi bölgesini ve sakinlerini tanımak, hastalıkları teşhis etme ve tedavi etmekte her türlü imkanı sunar. Bölge ilkesi kentsel faaliyetlerde de kendini kanıtlamaktadır.

Bölge ilkesinin uygulanması, Sovyet dispanserizasyon sisteminde en yetkin ve eksiksiz biçimini bulmuştur. Dispanser adı verilen kurumlar birçok kapitalist ülkede de mevcuttur, ancak bu kurumların çalışma içeriği Sovyet dispanserlerinin çalışma içeriğinden kökten ve ilkesel olarak farklıdır.

Bir Sovyet dispanseri:

- En mükemmel teşhis yöntemini ve uzman hekimler aracılığıyla yüksek nitelikli tıbbi yardımı sağlar,
- Hastalıkla mücadele için kamusal kesimi örgütler,
- Nüfusun çalışma ve yaşam koşullarını iyileştirici tedbirler yürütür,
- Zorunlu ve kapsamlı sağlık eğitimi çalışmaları yürütür,
- Yardımcı kurumlardan (diyet yemekhaneleri, gece ve gündüz sanatoryumları, çocuk oyun alanları) yararlanmayı temin eder,
- Gerektiğinde hastanın daha ileri tedavisini (hastanede, sanatoryumda, kaplıcada) örgütler.

Dispanserler "*aktif*" yöntemlerle çalışmaktadır: kendilerine başvuran hastaların tedavisiyle yetinmezler — hastaları tespit eder, hastalıkların başlangıç aşamalarının tedavisini sağlarlar. Dispanserlerin koruyucu – önleyici hekimlik çalışmaları, yani nüfusun sistematik olarak gözlemlenmesi devasa bir fayda sağlamaktadır. Çünkü bir hastalık ne kadar erken tespit edilirse, o kadar hızlı iyileşme şansına sahip olduğu kuşkusuzdur.

Böylece Sovyet dispanserinde, önleyici (profilaktik) ve tedavi edici faaliyetlerin sentezi kapsamlı ifadesini bulmaktadır. Dispanser, kendi bölgesindeki nüfusun çalışma ve yaşam koşullarını, şu veya bu hastalıkların ortaya çıkış nedenlerini ve koşullarını inceleyerek, hastalıkların yayılmasını önlemek, nüfusun çalışma ve yaşam koşullarını iyileştirmek için tedbirler alır.

Dispanser, nitelikli tedavi yardımı sunarak ve diğer tedavi-profilaksi kurumlarıyla bağlantı kurarak, hastalanma oranlarını başarıyla azaltır, yani tedavi-profilaksi rolünü yerine getirir. Sovyet dispanserizasyon çalışma yönteminin özü budur.

Dispanserin gözlem ve bakım nesnesi sadece hasta olanlar değil, sağlıklı olanlar dahil bütün nüfustur. Kapitalist ülkelerdeki "dispanserlerin" faaliyetlerinde buna benzer hiçbir şey yoktur. Onlar profilaksiyle ilgilenmezler. Hatta kural olarak tedavi de etmezler!

En önemli hususu unutmayalım: SSCB'deki dispanser, bazı kapitalist ülkelerdeki gibi nüfusun belirli (örneğin yoksullar vb) hizmet veren bir hayır kurumu değil, kendi uzmanlık alanıyla ilgili (işçi sağlığı, kadın sağlığı, verem, cinsel yolla bulaşan hastalıklar vb) bölgedeki bütün nüfusa hizmet etmekle yükümlü bir devlet örgütüdür.

SSCB'nin tüberküloz, zührevi hastalıklar, onkolojik, nöro-psikiyatrik ve diğer hastalıklarla mücadelede, çocuk hastalıkları ve ölümleriyle mücadelede elde ettiği başarıları, büyük ölçüde işte bu düzenli dispanser çalışma sistemine borçluyuz.

AÇIKLAYICI NOTLAR

1. ABD Başkanı *Harry S. Truman*'ın 19 Kasım 1945 tarihinde Kongre'ye sunduğu "*Kongre'ye Kapsamlı Sağlık Programı Öneren Özel Mesaj*" (Special Message to the Congress Recommending a Comprehensive Health Program) adlı konuşmasında geçmektedir. Atıf yapılan metin:

> "*Ülkedeki toplam ilçelerin yüzde 40'ını oluşturan yaklaşık 1.200 ilçede, yaklaşık 15 milyon insanı barındıran bölgelerde ya hiç yerel hastane bulunmamaktadır ya da olanlar ulusal meslek birliklerinin aradığı asgari koşulları bile karşılamamaktadır. Bu eksiklikler özellikle kırsal ve yarı kırsal alanlarda son derece ciddidir*".

2. Komisyon kötü barınma koşulları, temiz su eksikliği ve kanalizasyon yetersizliğinin, tüberküloz, sıtma ve tifo salgınlarını kitleselleştirdiğini kabul etmiş, burjuva hükumetlerin temsilcileri, serbest piyasa koşullarında tarımsal üretim yapan köylülerin ve işçilerin yetersiz beslendiğini (kronik açlık çektiğini) verilerle raporlamak durumunda kalmıştır. Komisyon bu dönemde, hastalıkları önlemenin yolunun ilaçlardan değil, yaşam standartlarının (ücretler, konutlar, beslenme) iyileştirilmesinden geçtiğini açıkça ilan etmiştir.

3. Nazi Almanyası'nın (faşistlerin) 1 Eylül 1939 tarihinde Polonya'yı işgal etmesi nedeniyle, Ekim 1939'da Cenevre'de gerçekleştirilmesi planlanan *Avrupa Kırsal Yaşam Konferansı* iptal edilmiştir.

4. *Elena Nikolaevna Yakubova*. Tıp tarihi uzmanı.

5. "*Zemstvo Tıbbı Derlemeleri*" adı verilen bu dokümanlar, 19. yüzyıl sonlarında ve 20. yüzyıl başlarında Rusya genelindeki doğum, ölüm, salgın hastalıklar, beslenme yetersizlikleri ve barınma koşullarını en ince detayına kadar kaydetmiştir.

6. *Fyodor Fyodoroviç Erisman* (1842–1915), İsviçre doğumlu bir göz doktoru olmasına rağmen, hayatını adadığı Rusya'da bilimsel ve deneysel hijyenin (halk sağlığının) kurucusu kabul edilen, dünyaca ünlü bir tıp insanıdır.

7. *Evgraf Alekseeviç Osipov* (1841–1904), Çarlık Rusyası'nda halk sağlığı hareketinin zirvesini oluşturan, Zemstvo Tıbbı modelinin ve Rus tıp istatistik biliminin kurucusu kabul edilen, efsanevi bir hekim, kuramcı ve örgütleyicidir.

8. *Zemstvo*, Çarlık Rusyası'nda 1864 yılında İmparator II. Aleksandr'ın gerçekleştirdiği liberal reformlar kapsamında kurulan *yerel taşra idare meclisleridir*. Bu meclisler merkezi hükumete değil, yerel mülk sahiplerine, şehirlilere ve köylülere (sınırlı oranda) dayanıyordu. Siyasi bir gücü ya da yasama yetkisi olmayıp, tamamen yerel ekonomik ve sosyal altyapıyı geliştirmekle görevliydi.

Zemstvo Tıbbı, bu yerel meclislerin bünyesinde doğan, kırsal kesime yönelik ilk örgütlü, sistemli ve ücretsiz kamu sağlığı modelidir. Evgraf Osipov'un öncülüğünü yaptığı "Sabit Sağlık İstasyonu (Uçastok) Sistemi" ile taşra belirli sağlık hizmeti bölgelerine ayrıldı. Hekimlerin köy köy gezdiği "gezici" sistem yerine, içinde bir hekim, ebe ve feldşerin çalıştığı, eczanesi ve yatakları olan sabit kırsal sağlık ocakları/hastaneleri kuruldu. Zemstvo hekimleri sadece hastalıkları tedavi etmedi, çiçek aşısı kampanyaları düzenledi, temiz su kaynakları (sanitasyon) sağladı ve Rusya taşrasının salgın hastalık, doğum ve ölüm haritalarını çıkaran devasa "*Zemstvo Tıbbı Derlemeleri*" istatistiklerini oluşturdu.

9. *Ambulatuvar*: ayaktan. Ambulatoryalar (outpatient, walk-in clinic) yataklı olmayan, insanların ayaktan başvurduğu kurumlardır.

OKUMA: BİR BAŞKA DOKTORLUK DAHA VAR

Hani psikolojik testlerde bireylere bir sözcük verilir ve aklına gelen ilk sözcüğü söylemesi istenir. Muhtemelen böyle bir durumda birçok insanın "doktor" dendiğinde aklına gelecek ilk sözcük "hasta" veya "hasta" dendiğinde aklına gelecek ilk sözcük "doktor" olacaktır. Bunun nedeni insanların çoğunun "doktor" ve "hasta" sözcüklerini başka bir "*bağlamda*" düşünememeleridir.

Kapitalist düzen, burjuva ideolojisi, kendi "*sağlık paradigması*" içinde doktoru "hastalara" bakan profesyonel olarak tanımlar ve insanlara da doktorları böyle tanıtır. Burjuva tıbbı tıp eğitiminden sağlık hizmetlerinin sunumuna kadar bütün yönleriyle burjuvazinin gereksinimlerine göre ve burjuva sağlık paradigması çerçevesinde örgütlenmiştir.

Bu paradigma içinde insanlar "hasta" olduklarında doktora gider, doktor da hastayı iyileştirmeye çalışır. Bu durum kendisini en somut biçimde, doktorların ofislerine gelen insanları "şikayetiniz nedir?" sorusuyla karşılamasıdır. Öyle ya, bir "şikayetiniz" yoksa doktorun ofisinde ne işiniz var?

Aslında bir başka doktorluk daha vardır. Fakat bu doktorluk, yalnızca maddi olanakları iyi olanlara hizmet eder. Bu nedenle "kamu" hastanelerinde pek rastlanmaz, fakat "özel" hastanelerde oldukça yaygındır.

Bütün özel hastaneler, insanlara "*hasta değilken*" veya "*hiçbir şikayetleri yokken*" de hastaneye gelmelerini, "*check-up*" yaptırmalarını önerir. Ancak SGK bu hizmetin bedelini ödemez, ödemeyi cepten yapmanız istenir. Sağlık Bakanlığı da düzenli olarak check-up yaptırmanızı salık verir fakat nedense (!) bu hizmeti kendi hastanelerinde sunmaz.

CHECK–UP SOSYALİST SAĞLIK HİZMETİNİN İNGİLİZCESİDİR

Tarihsel olarak hasta olmayan, hiçbir şikayetleri olmayan yurttaşların sürekli ve düzenli olarak muayene edilmesi ve sağlık yönünden kontrol edilmesi uygulaması ilk kez 1920'li yılların başlarında *Moskova Sağlık Departmanı* tarafından başlatılmış, başarılı sonuçlar alınması üzerine yaygınlaştırılmış ve giderek Sovyetler Birliği'nde sağlık hizmetlerinin "*temeli*" haline getirilmiştir.

Türkçeye "*sağlık gözetimi*" olarak çevirebileceğimiz bu hizmetin Rusçası "*dispanserizatsiya*" olarak bilinir. Bu terimle "tedavi edici" değil, "önleyici" tıbbi muayene anlatılır. Sovyetler

Birliği'nde ve bütün sosyalist ülkelerde, bugün de Küba'da, bütün yurttaşlara, beşikten (hatta ana rahmine düştüğü andan itibaren) mezara kadar sürekli ve düzenli check – up hizmeti sunulur.

Bu hizmet, yukarıda da belirtildiği gibi "*önleyicilik*" amaçlı bir hizmettir. Birçok sağlık sorunu önlenir, bazı sorunlar daha ortaya çıkmadan tedbir alınır, bazı sorunlar ise henüz başlangıç halinde yakalanır ve kolayca tedavi edilir. Üstünlüğü "tartışılmaz" ve herkes tarafından kabul edilmiştir. Ancak çok, ama gerçekten çok "*pahalı*" bir hizmettir.

CHECK–UP VE SINIF MÜCADELESİ

Check–up yaptıranlar veya medyada check – up ilanlarını izleyenler bilir. Bugün Türkiye'de doğru dürüst bir hastanede "kapsamlı" bir check–up yaptırmanın maliyeti en az 2 bin liradan başlar. Eğer sahtekarların "bizde check–up 300 lira" ilanlarına kanarsanız, hastaneye gittiğinizde ya çok yetersiz bir check–up yapıldığını, ya da birçok işlem için ilave ücret talep edildiğini görürsünüz.

En az 2 bin lira dedik, fakat genellikle 2 bin lira sadece "temel" tetkikleri kapsar. Hekim herhangi bir sonuçtan şüphelenir, biraz daha ileri tetkik isterse, faturanız 5 bin liraya kadar çıkabilir.

Elbette bu rakamlar, kâr amaçlı özel sağlık kuruluşlarının rakamları olduğundan çok şişirilmiş rakamlardır, fakat bu hizmetleri "kamusal" olarak sunmak da, maliyetler düşse de oldukça pahalıdır. Öncelikle "bütün yurttaşlara" böyle bir hizmet sunulabilmesi için çok sayıda sağlıkçı ve sağlık merkezi gereklidir. Sosyalist ülkelerde sağlıkçıların sayılarının dünya ortalamalarının çok üzerinde olmasının nedeni budur. Örneğin bugün Küba'da 120 kişiye bir hekim düşmektedir. Bu durum maliyetleri önemli ölçüde arttırmaktadır.

Bir ülkede check–up uygulamasının devlet veya sosyal sigortalar tarafından karşılanma oranı ve check–up kapsamından sunulan hizmetler, o ülkede işçi sınıfının bilinç ve örgütlülük düzeyi ile doğru orantılıdır. Türkiye gibi işçi sınıfının bilinç ve örgütlülük düzeyinin çok düşük olduğu ülkelerde check–up, yalnızca maddi durumu iyi olanların yararlanabildiği bir hizmettir.

İşçi sınıfının bilinç ve örgütlülük düzeyinin daha yüksek olduğu Kuzey Avrupa ülkelerinde, emekçilerin çoğu (hepsi değil) check – up hizmetlerinden daha geniş ölçüde yararlanabilmektedir. Küba gibi işçi sınıfının "iktidarda" olduğu ülkelerde ise check – up bütün yurttaşlar için doğuştan kazanılmış bir haktır.

CHECK–UP HAYAT KURTARABİLİR

Sosyalist ülkelerde bütün yurttaşların, kapitalist ülkelerde ise yalnızca maddi gücü olanların yararlanabildiği check–up hizmeti "hayat kurtarıcı" olabilir. Bu durum özellikle kanser gibi mortalitesi yüksek hastalıklar için geçerlidir.

Bugün artık herkes kanserde "erken teşhisin" ne kadar hayati önem taşıdığını biliyor. Birçok kanser türü ilk evresinde, henüz içinde bulunduğu dokuyu tam olarak teslim alıp, çevresine yayılmaya başlamadan teşhis edilebilirse, gerçekten çok büyük bir başarıyla tedavi edilebiliyor.

İşte check–up muayenelerinin önemi burada. Kanserleri bu kadar erken teşhis edebilmenin en başarılı yöntemi sürekli ve düzenli, elbette aynı zamanda "kapsamlı" check–up muayeneleridir. İnsanların hasta değilken, hiçbir şikayetleri yokken doktora gittikleri bu muayeneler, adı üzerinde "önleyici" muayenelerdir ve hayat kurtarıcı olabilirler.

KAPİTALİZMİN CHECK–UP ALDATMACASI

Daha önce de belirttiğimiz gibi kapitalist ülkelerde eğer paranız varsa, sosyalist ülkelerdeki gibi sürekli ve düzenli check–up yaptırmanız mümkündür. Ancak kapitalist ülkelerde bu olanağa toplumun çok küçük bir kısmı sahiptir. Bu durumda özel hastaneler insanları kandırmak için çeşitli yöntemler geliştirirler: "Paket programlar".

Örneğin özel bir hastanenin web sayfası "paketinizi oluşturun" diyerek size "seçenekler" sunmaktadır: hemşirelik hizmetleri mi istersiniz, sağlık desteği mi, laboratuvar desteği mi? Elbette "hepsini" istemelisiniz, fakat parayı kim ödeyecek?

Diyelim ufak tefek pansumanları ben kendim yaparım, laboratuvar tetkiklerimi de SGK ile bir kamu hastanesinde yaptırırım, bana "sağlık desteği" yeter dediniz. Bu durumda karşınıza yine üç seçenek çıkıyor: "Evde hemşire desteği", "Bebek bakım hemşire desteği" ve "Fizyoterapist ziyareti".

Bu kez "günde kaç saat" istediğinizi, başka bir sağlık gereksiniminiz olup olmadığını soruyorlar. Bir hastanın, hatta uzmanlık alanı fizik tedavi değilse bir tıp doktorunun günde kaç saat fizyoterapist gereksinimi olduğunu bilmesi mümkün mü? Fakat hastane size aynı manavlar gibi "ne kadar" istersiniz diye soruyor.

İşte kapitalist ülkelerde "her şey dahil" hizmet satın alacak parası olmayanlar, böyle soytarılıklara muhatap olmak zorunda kalırlar.

Sosyalist ülkelerde "bütün" yurttaşların ana rahmine düştükleri andan itibaren, ölene kadar yararlandıkları "kapsamlı" check–up programı çok pahalı olduğundan, kapitalist ülkelerde özel hastaneler "cebinize göre" paketler hazırlar. Bu paketlerden "cüzdanınıza" uygun olanları satın alarak, kendinizi belirli durumlara karşı koruyabilirsiniz. Paketinizin dışında kalan durumlar için yapacak bir şey yoktur. Keşke zengin bir ailenin çocuğu olarak doğsaydınız…

Diğer taraftan kapitalist ülkelerde işçi sağlığı hizmetleri çerçevesinde "sağlık gözetimi" uygulaması yürütülmektedir. Bu çerçevede işçilere işe giriş muayeneleri, periyodik muayeneler gibi check – up hizmetleri sunulur. Ancak bu sağlık gözetiminde istenilen başarıya ulaşılabilmesi için hekimlerin ve sağlıkçıların işçi sağlığı alanında uzmanlaşmış olmaları gerekir. Aksi halde Türkiye'de olduğu gibi bu alanda "uzmanlık" eğitimi almamış profesyoneller tarafından sunulduğunda, hizmet "check–up" olmaktan çıkar, hekimin karşısına gelene "şikayetiniz nedir?" sorusunu sorduğu, "yok" yanıtı alınca önündeki kağıdı imzaladığı "bürokratik" bir işleme dönüşür.

TIBBIN EMEKÇİLERİN DE HAYATINI KURTARABİLMESİ İÇİN

Evet, başka bir doktorluk daha vardır, fakat bu doktorluğa erişebilmek için ya sosyalist bir ülkede yaşamanız, ya da cebinizde çok para olması gerekir. Elbette bir alternatif daha var: *Sınıf mücadelesini yükseltmek*.

Emekçilerin sendikalaşma ve işçi sınıfı partilerine katılımlarındaki her yüzde 1'lik artış, "başka doktorluğu" görebildikleri pencereyi biraz daha aralayacaktır. Check–up maddi güçleri olanlar için bir "imtiyaz" olmaktan çıkıp, bütün emekçiler için "hak" haline gelecektir. O günler geldiğinde, emekçilerin kanserleri de tedavi edilebilecek kadar erken evrelerde teşhis edilebilecek, tıp emekçilerin de hayatlarını kurtarabilecektir.

https://haber.sol.org.tr/blog/sinifin-sagligi/akif-akalin/baska-bir-doktorluk-daha-var-263214

Akif Akalın – Toplumcu Tıp, 20 Mayıs 2019

OKUMA: SOSYALİZMİN TIBBA KATKISI – DİSPANSERİZASYON YÖNTEMİ

Sosyalist sağlık hizmeti, kapitalist sağlık hizmetinin neredeyse tam tersidir. Bunun nedeni kapitalist toplumlarda sermayenin gereksinimlerine göre örgütlenen sağlık hizmetinin hastalık odaklı olması, sosyalist toplumlarda ise işçi sınıfının ve toplumun gereksinimlerine göre örgütlenen sağlık hizmetinin sağlık odaklı olmasıdır.

Kapitalist sağlık hizmetinin odağı hasta birey iken, sosyalist sağlık hizmetinin odağı sağlam birey ve toplumdur. Bu bağlamda aslında kapitalist toplumlardaki sağlık hizmetlerine hastalık hizmetleri denmesi daha doğrudur. Kapitalist toplumda bireylerin sağlık kurumlarına, doktorlara genelde hastalandıklarında başvurmaları beklenir. Nitekim kapitalist bir ülkede ister aile hekimine, ister hastaneye gidilsin, hekimin soracağı ilk soru: "şikâyetiniz nedir?" olacaktır. Hani, bir şikâyetiniz yoksa burada ne işiniz var gibi…

Kapitalist toplumda tıp ve sağlık hizmeti, sağlıklarını yitiren (hastalanan) bireylerin tedavisine yönelik örgütlenmiştir. Bu çerçevede rahatsızlanan birey bir sağlık kurumuna (aile hekimi, özel muayenehane veya hastane) başvurur, burada muayene edilir, tetkikleri yapılır, hastalığına bir tanı konur ve tıbbi ve/ya cerrahi tedavi önerilir.

Sosyalist toplumlarda ise tıp ve sağlık hizmeti, sağlıklı bireylerin sağlıklarını teşvik etmeye, sağlıklarını sürdürmeye ve hastalıkları önlemeye yönelik örgütlenmiştir. Bu çerçevede sağlık kurumları ve sağlık emekçileri, bireylerin rahatsızlanarak kendilerine gelmelerini beklemez, onları sürekli ve düzenli olarak hastalanmamaları için sağlık yönünden gözetim altında tutar.

Sosyalist toplumlarda bireylerin sağlıklarını teşvik etmeye, sağlıklarını sürdürmeye ve hastalanmalarını önlemeye yönelik sosyalist sağlık hizmetine dispanserizasyon denir. Dispanserizasyon sosyalizme özgü bir sağlık hizmeti sunumu yöntemidir ve toplumun sağlık durumunun aktif, dinamik izlemi olup, bir dizi önleyici, tanısal ve tedavi edici tedbirleri içerir.

Sovyetler Birliği tarafından 1920'li yıllarda geliştirilen dispanserizasyon yöntemi, işçi sınıfının ve emekçilerin sağlık durumunun iyileştirilmesine önemli bir rol oynamış, daha sonra kurulan sosyalist toplumlara esin kaynağı olmuştur. Günümüzde Küba'da da sağlık hizmeti sunumunda dispanserizasyon yöntemi kullanılmaktadır.

DİSPANSER TERİMİNİN KÖKENİ

Dispanser sözcüğü, Latince “dispense”, bir plana göre bölmek ve paylaştırmak fiilinden türetilerek, “bir şeyin paylaştırılıp, dağıtıldığı yer” anlamında kullanılıyor. Sözcük 1600’lerin son çeyreğinde İngiltere’de “yoksullara ücretsiz ilaç ve tıbbi tedavi dağıtılan yer” anlamında kullanılmaya başlamış ve Türkçe dahil diğer dillere aynı şekilde geçmiş.

DİSPANSERİN TARİHÇESİ

İngiltere’de yoksullara ücretsiz tıbbi bakım sunma düşüncesiyle bir araya gelen bir grup hayırsever Londralı hekim, 1687’de meslek örgütlerinden (The College of Physicians of London) kendilerine bu amaçla yer tahsis etmesini talep ediyor ve talep kabul ediliyor.

Ancak bu dönemde hekimlik henüz hastalıkları değil, hastalıkların belirtilerini tedavi edebiliyor ve bu nedenle aslında ilaç, hekim muayenesinden daha kıymetli. Eczacıların hekimlerin reçetelerini ücretsiz vermeyi kabul etmemesi üzerine hekimlerin yoksulları ücretsiz muayene etmelerinin çok anlamı kalmıyor ve proje yaşama geçirilemiyor.

22 Aralık 1696’da hekimler, yoksulların ücretsiz muayene edildiği ve ilaçların hayırseverlerin bağışlarıyla sağlandığı bir örgütlenmeyle, meslek örgütlerinin binasının bir bölümünde tarihteki ilk dispanseri hizmete açıyor.

DİSPANSERLERİN YAYGINLAŞMASI

Londra’nın tek dispanseri oldukça uzun bir süre Londra’da ihtiyacı karşılamakta yeterli oluyor. Fakat sanayi devrimiyle birlikte Londra nüfusu 1750’de 350 binden 700 bine, 1800’lerin başında 1 milyona ulaşınca, 1770’te Westminister Dispanseri, 1779’da Londra Dispanseri, 1780’de Flushing Dispanseri ve 1782’de Eastern Dispanseri açılıyor. 1801 yılında Londra’daki toplam 5 dispanserin yılda 50 bin hastaya hizmet sunduğu kaydediliyor. 1850’de Londra’daki dispanserlerin sayısı 35’e yükseliyor.

Dispanser ilk olarak İngiltere’ye tıp eğitimi için gelen Amerikalı hekimler tarafından ABD’ye taşınıyor. ABD'de ilk dispanser Filadelfiya’da 1786’da açılıyor. Daha sonra 1790’da New York

Dispanseri ve 1796'da Boston dispanseri açılıyor. 1900 yılında ABD'deki dispanser sayısı yüze ulaşıyor.

TIPTA DİSPANSER MODELİNİN OLUŞMASI

Yoksullara sağlık hizmeti sunan hayır kurumları olarak örgütlenen dispanserler, 1800'lü yıllarda giderek tıp öğrencilerinin ilk mesleki deneyimlerini kazandıkları kurumlar haline geliyor. Bu dönemde mikrobiyoloji alanında gerçekleşen keşiflerle, dönemin en büyük sağlık sorunları olan verem ve diğer bulaşıcı hastalıkların etkenleri ortaya konunca, dispanserlerin işlevleri değişmeye başlıyor.

İlk olarak yalnızca verem hastalarını kabul eden "özelleşmiş" dispanserler ortaya çıkıyor. 1905 yılında ABD'de Verem Savaş Cemiyetleri tarafından örgütlenen 20 dispanserde tanı ve tedavi hizmetleri yanında "halk eğitimi" hizmeti de sunuluyor. 1925 yılında veremli hastalara hizmet sunan dispanser sayısı 500'ü aşıyor.

Bu süreçte sıtma, trahom, sifiliz gibi diğer bulaşıcı hastalıklara yönelik dispanserler ile yalnız hamile kadınlara, bebeklere ve çocuklara hizmet sunan dispanserler de örgütleniyor. Bu dispanserler, tanı ve tedavisinde özelleştikleri hastalıkların "doğası" nedeniyle, genel dispanserlerden farklı olarak, hastalarıyla daha uzun süreli ve kapsamlı ilişkiler geliştirmeye başlıyorlar.

Örneğin veremli hastaları kabul eden dispanserler, hastalığın sosyal karakteri nedeniyle hastalara ücretsiz tıbbi bakım ve ilaç sunmanın yanında, gıda, giyim eşyası gibi ihtiyaçlarında da yardımcı olmaya başlıyorlar. Yine genel dispanserlerden farklı olarak hastalarını "evlerinde" izlemek amacıyla hemşireler istihdam ederek, evde de hizmet sunuyorlar. Hemşireler aynı zamanda eğitim hizmeti de sunuyor.

Bu model 20. yüzyılın başlarında başta Avrupa olmak üzere diğer coğrafyalarda yoksullara sağlık hizmeti götürülen bir hayırseverlik etkinliği olarak yaygınlaşıyor.

Osmanlı İmparatorluğu'nda 8 Haziran 1918 tarihinde Veremle Mücadele Osmanlı Cemiyeti kuruluyor, Cemiyetin başkanlığına Besim Ömer Paşa seçiliyor fakat İstanbul işgal edilince 16 Mart 1920'de Cemiyet ve kurduğu dispanser çalışmalarını durduruyor.

18 Şubat 1923'de Dr. Behçet Salih (Uz) ve arkadaşları tarafından İzmir Verem Mücadele Cemiyet-i Hayriyesi ve aynı yıl Balıkesir Veremle Mücadele Cemiyeti kuruluyor.

1927 yılında Prof. Dr. Tevfik Sağlam, Dr. Tevfik İsmail Gökçe ve 24 arkadaşı Veremle Mücadele Osmanlı Cemiyeti'nin bıraktığı 116 lira 50 kuruşla İstanbul Verem Mücadelesi Cemiyeti örgütlüyor.

DİSPANSERİZASYON – DİSPANSER YÖNTEMİ

Rusya'da 1917 Ekim Devrimi ile tarihteki ilk işçi devleti kurulmuş ve toplumsal yaşam işçi sınıfının gereksinimlerine göre örgütlenmeye başlamıştır. Toplumsal yaşamın içinde önemli bir yere sahip olan sağlık hizmeti, şu ilkelerle yeniden örgütlenmiştir:

1. Devlet hizmeti
2. Merkezi planlanma
3. Sağlık hizmetinde önleyiciliğe ağırlık
4. Ücretsiz
5. Herkes için erişilebilir

Sovyetler Birliği'nden sonra kurulan sosyalist toplumlarda sağlık hizmeti, ülkelerin özgün koşullarına göre farklı biçimler alsa da, hepsinde yukarıdaki 5 ilkeye dayalı olarak örgütlenmiştir.

Sovyetler Birliği sağlık hizmetinin örgütlenmesinde dispanser modelini benimsemiş, fakat bununla yetinmeyerek sağlık hizmetinin sunumunda da, sosyalizme özgü dispanserizasyon (dispanserizatsiya – диспансеризация) yöntemini geliştirmiştir.

Ancak Sovyetler Birliği'nde dispanser kurumu, kapitalist toplumlardakilerden farklı olarak, yukarıda sıralanan ilkelerle yeniden örgütlenmiştir:

1. Kapitalist toplumlarda olduğu gibi hayır kurumu olarak değil, giderleri devlet bütçesinden karşılanan, devlet görevlisi sağlık emekçilerinin hizmet sunduğu, yurttaşların hizmeti bir sadaka olarak değil, hak olarak aldığı, yani hak temelli bir devlet hizmeti olarak örgütlenmiştir. Kapitalist toplumlardaki dispanserlerin burjuva karakterine karşılık, Sovyetler Birliği'ndeki dispanserler proleter karakterdedir.

2. Dispanserler kapitalist toplumlarda olduğu gibi hayırseverlerin olanaklarına göre değil, devlet tarafından toplumun gereksinimlerine göre merkezi olarak planlanarak, bütün yurttaşların eşit yararlanabilecekleri şekilde örgütlenmişlerdir.

3. Kapitalist toplumlarda dispanserler, başlangıçta tamamen tedavi hizmeti sunmaktaydı. Mikrobiyolojideki gelişmelerle bulaşıcı hastalıkların etkenlerinin ortaya konmasından sonra başta sağlık eğitimi ve bağışıklama olmak üzere bazı önleyici hizmetleri de sunmaya başladılarsa da, esas olarak tedavi kurumu niteliklerini sürdürdüler. Sovyetler Birliği'nde ise dispanserler, başından itibaren önleyiciliğe ağırlık veren bir örgütlenme modeli benimsediler.

4. Kapitalist toplumlarda dispanserler sağlık hizmetlerini ve ilaçları ücretsiz sunan kurumlar olarak örgütlendiler, fakat 19. yüzyılın sonlarına doğru hayırseverlerin kurdukları cemiyetler, çeşitli yöntemlerle bağışlar toplamaya başladılar. 20. yüzyılda bazı kapitalist ülkelerde dispanserler, hizmet sundukları hastalardan çok cüzi miktarlarda da olsa bağış talep etmeye başladılar. Sovyetler Birliği'nde ise dispanserler her zaman tamamen ücretsiz hizmet sundu ve asla bağış, katkı vb kabul etmediler.

5. Kapitalist toplumlarda dispanserler yoksullara sağlık hizmeti sunmak için örgütlendi ve 19. yüzyılın üçüncü çeyreğinden itibaren birçok ülkede dispanserlerden yararlanmak isteyenlerin yoksulluklarını kanıtlamaları istenmeye başlandı. Diğer yandan kapitalist ülkelerde dispanserler birer hayır kurumu olduğu için, yalnızca hayırseverlerin açtığı yerlerde örgütlendi ve diğer yerlerde yaşayanlar dispanserlerden yararlanamadılar. Sovyetler Birliği ise dispanserleri herkese açık yine ülkenin neresinde yaşarsa yaşasın herkesin erişebileceği kurumlar olarak örgütledi.

DİSPANSER YÖNTEMİNİN MİMARI: VLADIMIR ALEXANDROVICH OBUKH

6 Nisan 1870'de Vitebsk eyaletinin Sebezh bölgesinin Sviblo köyünde doğdu. Pskov Erkek Lisesi'ni, bitirdikten sonra 1892'de St. Petersburg Üniversitesi Fen Fakültesi'ne girdi. Üniversitede Marksist gruplara katıldı ve 1894 yılında RSDİP'ne girdi. Narva, Galernaya limanı ve Petersburg bölgelerinde propaganda etkinlikleri örgütledi.

1896'da tutuklandı ve sürgün edildi. Kiev'e geçerek Tıp Fakültesi'ne kaydoldu. RSDİP'nin Kiev İl Komitesi'ne girdi. 1901'de mezun oldu ve Moskova'da bir hastanede işe başladı. Burada da Moskova İl Komitesine girdi. Parti bölündüğünde Bolşeviklerin yanında yer aldı. 1904'te tutuklandı

ve 4 ay hapisten sonra Sebezh'e sürgün edildi. Yıl sonunda tekrar Moskova'ya döndü ve RSDİP'nin Moskova İl Komitesi'nde Eğitim grubuna katıldı.

1905 – 1917 atasında Birinci Şehir Hastanesi'nde çalıştı. 1917 Ekim Devrimi'nin hazırlıklarına ve devrime aktif katıldı. Dr. Mikhail Ivanovich Barsukov'la birlikte ayaklanma sürecinde Kızıl Muhafızlara sağlık hizmeti sunacak bir Sağlık Birimi oluşturmakla görevlendirdi. Devrimden sonra Bölge Dumaları Konseyi üyesi olarak görevlendirildi.

1919 – 1929 yılları arasında Moskova Sovyeti Başkanlık Divanı üyesi ve Sağlık Birimi yöneticisi olarak görev yaptı. Moskova'da sosyalist sağlık hizmetini örgütledi ve uygulamanın başında yer aldı. Sağlık hizmetlerinin önleyiciliğe ağırlık verilerek örgütlenmesini sağladı. Sağlık hizmetine dispanserizasyon yöntemini getirerek, Verem, Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar, Madde Bağımlılığı, Ana – Çocuk Sağlığı Dispanserleri, diyet kantinleri, gündüz ve gece sanatoryumları örgütledi.

1923 yılında Sovyetler Birliği'nin ilk İşçi Sağlığı ve Meslek Hastalıkları Enstitüsü'nü ve hekimler için İleri Eğitim Enstitüsü'nü kurdu. 1925 yılında Yeni Hayat dergisini yayınlamaya başladı ve aynı zamanda Sağlık Birimi'nin yayınladığı haftalık Moskova Tıp Dergisi'nin editörlüğünü yürüttü. 1929 – 1931 yılları arasında İkinci Moskova Sağlık Enstitüsü'nde öğretim üyesi olarak çalıştıktan sonra emekliye ayrıldı. 14 Haziran 1934'de yaşamını yitirerek Novodevichy mezarlığında toprağa verildi.

Dispanserizasyon modeli, Moskova Sovyeti Sağlık Birimi sorumlusu Dr. Vladimir Aleksandrovich Obukh ve yönetimindeki sosyal hijyenistler tarafından, başlangıçta Moskova'daki sanayi kuruluşlarında çalışan işçilerin tüberküloz yönünden izlenmeleri için örgütlenmiştir.

1922 yılı başında bu amaçla sekiz Verem Dispanseri açılmış, sağlık emekçileri sorumlu oldukları sanayi kuruluşlarına giderek işçileri muayene etmeye başlamışlardır. Ekim başına kadar 33.213 işçi muayene edilmiş, 23.643 işçinin (yüzde 71) tüberkülozlu veya tüberküloza yakalanma riskinin yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tüberkülozlu hastaların tedavilerinin planlanarak gözetime alınmalarından sonra dispanserizasyonun kapsamı cinsel yola bulaşan hastalıklar, madde bağımlılığı ve meslek hastalıkları alanlarına genişletilmiştir. Tüberküloz mücadelesinden edinilen deneyimle kısa sürede işyerlerindeki bütün sağlık sorunlarına hakim olan sağlık emekçilerin başarısı üzerine,

dispensarizasyonun bütün Moskova nüfusunu ve bütün sağlık sorunlarını kapsayacak şekilde genişletilmesi için çalışma başlatılmıştır.

1925 yılında Moskova Sovyeti, Moskova'da sağlık hizmetlerinin dispanserizasyon yöntemiyle sunulmasını onaylamıştır. 1925 yılından itibaren Sovyetler Birliği'nin bütün Cumhuriyetlerinde dispanserizasyon yönteminin daha küçük ölçeklerde pilot denemelerine başlanmıştır.

GÜNÜMÜZDE DİSPANSERİZASYON: KÜBA

Küba dispanserizasyonu, bireylerin ve toplumun sağlık durumunun örgütlü (sistematik), sürekli (ana rahmine düştüğü andan mezara kadar) ve dinamik olarak klinik, epidemiyolojik ve sosyal yönlerden değerlendirilmesi ve planlı, kapsamlı müdahalelerde bulunulması süreci olarak tanımlamaktadır.

Sosyalizme özgü dispanserizasyonun, kapitalist hasta muayenesinden en önemli farkı, bireylerin yalnızca bedensel ve ruhsal yönden değil, aynı zamanda çevresel (epidemiyolojik) ve sosyal yönden de muayene edilmesidir.

Kapitalist toplumlarda genellikle çevre sağlığı hizmetleri, klinik hizmetlerden ayrı örgütlenmiştir, fakat hiçbir kapitalist ülkede sağlık hizmeti bireyleri sosyal yönden değerlendirmez. Bireylerin sosyal yönden değerlendirilmeleri sosyalizme özgü bir hizmettir.

Sosyal değerlendirmede bireylerin maddi yaşam ve çalışma koşulları değerlendirilmektedir. Sağlığın sosyal belirleyicileri olarak tanımlanan belirleyiciler (gelir, istihdam, barınma, beslenme koşulları, eğitim, erken çocukluk bakımı, mesleki riskler vb) yönünden bir sosyal çalışmacı ile birlikte değerlendirilen bireylerin sağlıklarını olumsuz yönde etkileyebilecek koşullara yönelik tedbirler alınır. Bu uygulama hiçbir kapitalist ülkede bulunmamaktadır.

Uygulamada sosyalist bir toplumda bireyin sağlık yönünden gözetimi, gebelik tespiti ile başlar. Kadınının hamile kaldığı anlaşıldığında başlayan doğum öncesi bakım hizmetleri, hem anne adayına, hem de ana rahmine düştüğü andan itibaren doğacak bebeğine yöneliktir. Bu süreçte bebeğe yönelik hizmetler anne adayı üzerinden sunulur.

Bebek, doğduğu andan itibaren, ilk yaşını tamamlayana kadar bebek gözetimi, bir yaşından kreş ve/ya anaokuluna başlayana kadar çocuk gözetimi çerçevesinde izlenir. Bireyin eğitim hayatı boyunca sağlık gözetimleri okul hekimliği sorumluluğundadır. Okul hekimliği, bütün öğrencileri üniversiteden mezun olana kadar düzenli ve sürekli sağlık gözetiminde tutar.

Eğitim hayatından sonra iş hayatına girenler, işyeri hekimliği sorumluluğuna girerler. İşe giriş muayenesiyle başlayan süreç, bireyin işine ve bireysel özelliklerine göre değişen sıklıklardaki periyodik muayenelerle iş yaşamının sonuna kadar sürer.

Çalışma yaşamını tamamlamış emekliler ve çalışamayacak durumda olanların sağlık gözetimleri, yerel olarak örgütlenmiş sağlık kurumlarında sürdürülür. Bu gözetim kişinin yaşamının sonuna kadar devam eder.

Görüldüğü gibi sosyalist toplumlarda sağlık gözetimi süreci, sözcüğün tam anlamıyla ana rahmine düşülen anda başlar ve mezara kadar kesintisiz devam eder. Hiçbir kapitalist toplum yurttaşlarına böyle kapsamlı bir hizmet sunmaz. Kapitalist toplumlarda bu tür bir hizmetten ancak toplumun bu hizmeti satın almaya gücü yeten kesimleri yararlanabilirler.

Dispanser (Gözetim) Grupları: Birinci basamakta bir hekim, hemşire ve sosyal çalışmacıdan oluşan bir ekip tarafından klinik, epidemiyolojik ve sosyal yönlerden muayene edilen bireyler, sağlık yönünden dört risk grubundan birine alınarak izlenirler.

Grup I – Sağlıklı kabul edilenler: Sağlık yönünden bilinen bir riske maruz kalmayan, herhangi bir bedensel – ruhsal sorunu veya engelli hali bulunmayan, büyüme ve gelişme derecesine göre gündelik yaşamını bağımsız olarak sürdürebilen bireyler.

Bu gruba alınan bireyler sağlık ekibi tarafından yılda 1 kez izlenirler. Bu süre içinde bireyler rahatsızlıkları nedeniyle sağlık ekibine başvururlarsa veya sağlıklarını olumsuz etkileyebilecek bir maruziyet söz konusu olursa (hamilelik, iş değişikliği vb) bireyler yeniden değerlendirilir ve durumlarına uyan dispanserizasyon (gözetim) grubuna alınırlar.
Grup II – Sağlık yönünden risk altında olanlar: Kontrol edilmediği takdirde sağlıklarını, gündelik yaşamlarını bağımsız olarak sürdürebilme yeteneklerini tehlikeye sokacak risklere maruz kalan bireyler.

Toplumun büyük bir bölümü bu gruba girer ve bu grup birçok alt-gruba ayrılır. Bebekler, çocuklar, okul çağındakiler, doğurganlık çağındaki kadınlar, hamileler, lohusalar, yaşlılar, işyerlerinde fiziksel, kimyasal, biyolojik ve psikososyal tehlikelere maruz kalanlar vb bu gruptadır. Bu gruptaki bireyler maruz kaldıkları risklere göre hazırlanan rehberler çerçevesinde farklı sıklıklarda izlenirler ve farklı muayenelere tabi tutulurlar (bebek izlemi, gebe izlemi, ağır ve tehlikeli işlerde çalışanların periyodik muayeneleri, okul izlemleri vb).

Grup III – Hastalar: Halihazırda aktif bir hastalığı olanlar, iyileşene kadar bu kategoride, hastalığının durumunun gerektirdiği sıklıkta izlenir ve iyileştikten sonra daha önce atanmış olduğu dispanser (gözetim) grubuna alınırlar.

Grup IV – Engelliler ve kronik hastalıkları olanlar: Bu kategoridekiler de engellilik durumlarına ve kronik hastalıklarına göre çeşitli alt-gruplara ayrılır ve her grup için özel olarak hazırlanmış rehberlere göre gözetimleri sürdürülür.

Akut ve kısa süreli hastalık durumlarında dispanserizasyon, sağlık sorununun talepleri ve bireyin özelliklerine göre farklılaşır. Bu durumlar genellikle hastalığın şiddetinin düşük, mortalite olasılığının az olduğu durumlardır, fakat tedavi sürecinde komplikasyonlar gelişebilir. Bu nedenle ziyaret sıklığının 2 günde bire kadar indirilmesi gerekebilir. Bu durumlarda bireyin dispanserizasyon grubunun değiştirilmesi gerekmez, birey iyileşince bireysel özellikleri ve dispanserizasyon grubunun taleplerine göre belirlenen düzenli izlemlere devam edilir.

İşçiler için dispanserizasyon, işçinin bireysel değerlendirmesine göre atandığı dispanserizasyon grubunun taleplerine ek olarak, işçinin üretim biriminde maruz kaldığı risk faktörlerinin de (biyolojik, fiziksel, kimyasal ve psikososyal) göz önüne alınmasını gerektirir. Her üretim biriminde sağlık etkinliklerinin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi işyerindeki maruziyetler dikkate alınarak gerçekleştirilir.

https://toplumcutip.blogspot.com/2020/04/sosyalizmin-tbba-katks-dispanserizasyon.html

Akif Akalın - Toplumcu Tıp, 4 Haziran 2020

6. Bölüm:Ana – Çocuk Sağlığı Hizmeti

Anne ve çocuk sağlığı hizmeti kurumları bütün ülkelerde mevcuttur. Kapitalist ülkelerdeki, özellikle Fransa'daki olumsuz doğum verileri, İkinci Dünya Savaşı'ndan çok önce yönetici sınıfları alarm zillerini çalmaya zorlamıştı. Fransa'da "*Conseils de naissance*" (Doğum Konseyleri) gibi, amacı "*ne pahasına olursa olsun nüfusun doğum oranını artırmak*", çocuk ölümlerini düşürmek ve ebeveynlere yönelik teşvik edici önlemlerle çocuk nüfusunu çoğaltmak olan özel örgütler ortaya çıkmaya başlamıştı (1).

İtalya ve Almanya'daki faşistler de, işgalci bir savaşa hazırlanırken ve saldırganlıkları için "*top mermisi etine*" ihtiyaç duyarken, bu yönde çılgınca bir ajitasyon geliştirmişlerdi. Mussolini şunu ilan etmişti:

> "*Ulusların siyasi ve ahlaki gücünün temel değil, belirleyici faktörü, onların demografik gücüdür. Halkların kaderi bu güce bağlıdır*" (2).

Faşist Alman güvenlik birlikleri (SS) şefi Himmler, "*ödünç evlilikler*" sayesinde doğum oranındaki artışı işaret ederek "*Alman halkının diriliş mucizesinden*" söz ediyordu (3).

Elbette bir ulusun "*gücü*", Mussolini'nin iddialarının aksine, çok daha az oranda demografik gücüne ve çok daha büyük oranda halkın *maddi-siyasi durumuna* bağlıdır. Kapitalist ülkelerdeki emekçi kitlelerin moral-siyasi ve ekonomik durumu öyle bir haldedir ki, emekçi kitlelerde kendilerini sömüren sınıfları koruma arzusu yaratmaya en az elverişli durumdadır.

Burjuva demokratlarının doğum oranını artırmaya yönelik çağrıları ve "iyi niyetleri", hedefe ulaşmadı ve ulaşamazdı: kapitalist düzen, emekçi kitlelerin sefaleti ve yoksullaşması, nüfusun doğum oranının artırılmasına yönelik gerçek (kuru sözden ibaret olmayan) tedbirlerin önündeki aşılmaz engellerdi ve öyledir.

Bu yöndeki tüm girişimler bugün de devam etmektedir. Annelik ve bebeklik koruma örgütleri ve kurumları oluşturulmaktadır. Kürtajlar sert bir şekilde kovuşturulmakta, üstelik tüm baskılar esas olarak emekçilere yöneltilmektedir. Yoğun bir propaganda yürütülmektedir. Bebekliği korumaya yönelik bir dizi kararname çıkarılmaktadır. Ve buna rağmen, "nüfus sorunu" hiçbir kapitalist ülkede çözülememiştir.

İngiltere, ABD, Fransa gibi sözde demokratik ülkelerde bu konudaki işleyişin, Sovyet annelik, bebeklik ve çocukluk koruma örgütlenmesinden farkı nedir?

Temel fark, Sovyet örgütlenmesinin, devletin sosyalist planlı örgütlenmesi olmasıdır. Devlet, anne ve çocuk sağlığının korunmasını, yaşamsal meselesi olarak görür. Bu nedenle Sovyet mevzuatı, bu meselede derin bir ilkeliliğe, geniş bir kapsama ve sorunun ele alınışındaki eksiksizliğe sahiptir.

Bu anlamda en iyi örnek, şöyle başlayan 8 Temmuz 1944 tarihli yasadır (4):

> "*Çocuklara ve annelere gösterilen özen ve ailenin güçlendirilmesi, her zaman Sovyet devletinin en önemli görevlerinden biri olmuştur*".

Yasa, çok çocuklu ve yalnız annelere devlet yardımının artırılmasını, hamile kadınlara yönelik hakların genişletilmesini, anne ve çocuğun çıkarları doğrultusunda evlilik ve aile yasalarının değiştirilmesini vb. öngörür, annelik ve bebeklik koruma sorununun tüm yönlerine değinir.

Yasa, gerekli tedbirlerin hacmini tam olarak belirleyebilmiştir: kreş sayısı, doğum evlerindeki yatak sayısı vb., çünkü çocuk kurumlarının inşası, devletin ulusal ekonomi ve kültür geliştirme planlarının bir parçasıdır.

Dünyanın hiçbir yerinde bizim 8 Temmuz 1944 tarihli yasamız gibi bir yasa yoktur ve olamaz. Dünyanın hiçbir yerinde hükumet doğum evlerindeki, kreşlerdeki, anaokullarındaki yatak sayısını planlamaz ve planlayamaz, çünkü oralarda planlı sağlık hizmeti yoktur.

Çoğu burjuva demokratik ülkede (özellikle Fransa'da), çocuk sağlığının korunmasıyla esas olarak hayır kurumları ilgilenir ve sadece belirli, aşırı sınırlı ölçüde belediyeler, devlet, sigorta şirketleri vb. devreye girer.

Kapitalist ülkelerde anneleri ve bebekleri korumaya yönelik bütün çalışmaların ne planı, ne de sistemi vardır. Bir yerde *süt mutfakları* (gouttes de lait), diğerinde *kreşler* (crèches), üçüncüsünde *çocuk evleri* (maisons d'enfance) ağırlıktadır. Bunlar esas olarak, hayırsever kişi ve kurumlar veya Kızılhaç örgütleri tarafından yürütülür.

Bizde ise Sovyet iktidarı, çocuğun *anne rahmindeki durumundan başlayarak* tüm yolculuğunu izler: hamileler için danışmanlık - doğum yardımı - anne ve çocuk için danışmanlık - kreşler - anaokulları - çocuk poliklinikleri - hastaneler - sanatoryumlar - kaplıcalar vb. Anne rahminden ergenlik çağına kadar —çocuğun tüm yolculuğu boyunca sağlığı korunur.

Bir halka diğeriyle temas eder ve birbirine dönüşür. Tek, iyi düşünülmüş bir kurumlar zinciri. Evde bakım, anneye çocuk yetiştirme konularında danışmanlık ve diğer benzer tedbirler kültürü yükseltir, büyüyen neslin sağlığının korunması meselesinde düzenli bir sistem yaratır.

SSCB'de annelik, bebeklik ve çocukluk koruma sisteminin tümünün bu şekilde kurgulanması ve partinin ve hükumetin bu işe gösterdiği özen, burjuva politikacıları şaşırtan (ve bazılarının inanmadığı) başarıları belirlemiştir.

Savaşın en ağır yükünün Sovyet ülkesine düştüğü, savaşın özellikle hassas çocukluk yaşı üzerindeki bilinen zararlı etkilerine rağmen, SSCB savaştan, çocuk ölümü göstergeleri savaş öncesi seviyeyi aşmayacak şekilde çıkmıştır. Bu durum burjuva hekimlere açıklanamaz bir "mucize" gibi görünür!

Ve bu "mucize" çok basit bir şekilde açıklanır: bizde Sovyet iktidarı var, bizde devlet sağlık sistemi var. Bizde tek, iyi düşünülmüş, düzenli kurulmuş bir annelik, bebeklik ve çocukluk koruma sistemi var. Bizde parti ve hükumet, savaş zamanının tüm zorluklarına rağmen anne ve çocuk için normal koşulları sağlamaya çabalamıştır.

AÇIKLAYICI NOTLAR

1. Fransa'da 19. yüzyılda Avrupa'nın diğer büyük güçlerine (özellikle sanayileşen İngiltere ve hızla büyüyen Almanya'ya) kıyasla çok ciddi bir doğum oranı düşüşü ve nüfus duraklaması krizinin başlaması, egemen sınıflarda iki büyük korku yarattı: Askeri yetersizlik ve ekonomik güç kaybı korkusu.

1896 yılında kurulan "*Fransız Nüfusunun Artırılması İçin Ulusal İttifak*" (Alliance Nationale pour l'Accroissement de la Population Française) gibi yarı resmi ve özel "*Doğum Konseyleri*" örgütlendi. 20. yüzyılın başlarında ortaya çıkan bu "*Natalizm*" (Doğumculuk / Nüfus Artış Politikası) akımı, nüfus krizine insani değil, tamamen ekonomik ve askeri çıkarlar (artı-değer üretimi ve asker ihtiyacı) ekseninde yaklaşıyordu. Çok çocuklu ailelere küçük nakdi yardımlar, madalyalar ve vergi indirimleri sağlanırken; bekar kalan veya çocuk yapmayan yetişkinlere ek vergiler getirilmesi savunuldu.

Hijyen ve sanitasyon, köklü bir sosyal reform yerine sadece "*çocukların hayatta kalması ve büyüyünce işçi/asker olması*" amacıyla birer teknik araç olarak örgütlendi. Doğum oranını "ne pahasına olursa olsun" korumak için kürtaj ve doğum kontrol yöntemlerine yönelik ağır cezai yaptırımlar ve propagandalar bu cemiyetler tarafından hararetle desteklendi.

2. Faşist İtalyan lider *Benito Mussolini*, bu ifadeyi 26 Mayıs 1927 tarihinde İtalya Temsilciler Meclisi'nde yaptığı "*Yükseliş Konuşması*" (Discorso dell'Ascensione) içinde dile getirmiştir. Mussolini'nin bu sözü, faşist ideolojinin en önemli ayaklarından biri olan "*Nüfus Savaşı*" (Battaglia demografica) kampanyasının resmi ilanıdır. Faşizm, insan hayatını ve kadın bedenini tamamen devletin askeri ve emperyalist hedeflerine hizmet eden birer üretim aracına dönüştürmüştür.

3. Nazi Almanyası'nda SS tarafından örgütlenen gizli bir dernek olan *Lebensborn* (Hayat Kaynağı), Nazi standartlarına göre "ırksal olarak saf" ve "sağlıklı" Aryanlar olarak tanımlanan çocukların sayısını artırmayı amaçlıyordu. *Heinrich Himmler* tarafından kurulan Lebensborn, bekar annelere sosyal yardım sağlayarak, doğum evlerinde "anonim" doğum yapmalarını teşvik ediyordu. En çok Aryan çocuk doğuran kadınlara Alman Anne Onur Haçı veriliyordu.

4. 8 Temmuz 1944 tarihli SSCB Yüksek Sovyet Başkanlığı Kararnamesi, Sağlık Bakanlığı'na ve fabrikalara çok katı bir talimat vererek, süt çocukları için ücretsiz mutfaklar, devasa bir kreş ağı,

çocuk yuvaları, doğum hastaneleri ve kadın danışma merkezlerinin hızla artırılmasını zorunlu kılmıştır. Hamile ve emziren kadınların gece mesailerine kalması yasaklanmış, doğum izinleri uzatılmış ve işten çıkarılmaları tamamen yasadışı ilan edilmiştir.

OKUMA: ANA-ÇOCUK SAĞLIĞINA TOPLUMCU YAKLAŞIM

Günümüzde bireylerin erken yaşam sürecindeki sağlık durumlarının erişkin yaşamlarındaki sağlık durumlarını önemli ölçüde belirlediğinin anlaşılması, çocuk sağlığının aynı zamanda geleceğin sağlığı olduğu anlayışının gelişmesinde önemli bir katkıda bulunmuştur (1). Bu bağlamda erken yaşam dönemindeki sağlık durumunun belirleyicileri olan biyolojik gelişim ile sosyal ve çevresel koşullar daha yakından izlenmeye başlamıştır.

Erişkin yaşamımızda karşılaşabileceğimiz sağlık sorunlarının şifreleri, ana rahmine düşülen andan itibaren kodlanmaya başlamaktadır. Bebeğin doğumdan sonraki büyümesinin esas olarak yeni hücreler gelişiminden değil, var olan hücrelerin büyümesinden kaynaklandığının anlaşılmasından sonra, erken çocukluk dönemine ilgi daha da artmıştır.

Gebelikleri sırasında yeterli beslenemeyen annelerin rahmindeki fetüsün beslenme yetersizliğine karşı fizyolojik, metabolik ve yapısal olarak değişim gösterdiği ve bu değişimlerin yaşamın sonraki evrelerinde hastalık riskini arttırdığı düşünülmektedir. Fetüsün yetersiz beslenmesinin, bazı organlarda hücre sayısında kalıcı bir azlığa yol açabileceği ve bu durumun çocuğun doğumdan sonra büyümesi üzerine olumsuz etkide bulunabileceği savunulmaktadır.

Erken yaşam döneminde - genetik etmenler bir yana bırakılırsa - fetüsün sağlığını belirleyen en önemli etmen *anne sağlığı*dır. En önemli çocuk sağlığı sorunlarından biri olan düşük doğum ağırlığı fetüse yeterli besin ve oksijen ulaşamamasının doğrudan bir sonucudur. Bu durum hemen tümüyle annenin sağlığı, sosyo-ekonomik durumu ve çevresiyle ilgili bir sorundur (2).

Ancak daha geniş bir açıdan bakıldığında, aslında annenin hamile kalmadan önceki durumunun da düşük doğum ağırlıklı bebek sahip olmasıyla doğrudan ilişkili olduğu görülecektir. Annenin kendi çocukluğundaki ve ergenliğindeki sağlık durumu örneğin annede hipertansiyon ve aşırı kilo riskleri yaratarak, bebeğin fetal gelişimi üzerinde olumsuz etkilerde bulunabilir.

Çocuk sağlığının diğer önemli belirleyicileri *toplumsal belirleyiciler*dir. Doğum öncesi ve bebeklik döneminde büyümeyi olumsuz etkileyen sosyal etmenler arasında yoksulluk, annenin tütün kullanımı, aşırı alkol alması, ilaçları yanlış kullanması ve yetersiz beslenmesi ilk sıralarda yer almaktadır. Bu etmenler çocuklukta ve ergenlikte de büyüme ve gelişimi olumsuz yönde etkilemeye devam etmektedir.

Çocukluk döneminde maruz kalınan kötü sosyo-ekonomik koşullar ile gençlik ve erişkinlikte obezite gelişmesi arasında ilişkiler kurulmaktadır. Çocukluk çağında yetersiz beslenmenin bilişsel gelişim ve solunum sisteminin gelişimi üzerinde de olumsuz etkileri olduğu savunulmaktadır.

Olumsuz duygusal çevrenin erken çocukluk dönemi üzerindeki etkilerini araştıran bilim insanları, glukokortikoid – hipokampus – hipotalamus yolağı üzerinden çocuklarda boy uzamasının gerilediğini ortaya koymuşlardır. Çocuklukta maruz kalınan kronik stres, sempato – adrenal sistem ile hipotalamo – hipofizer – adrenal sitemin kronik ve aşırı uyarılması üzerinden belli sağlık sorunlarına yatkınlığı arttırabilir.

Bazı bilim insanları, çocukluk döneminde yaşanan yoksunlukların etkilerinin bir yandan birbirlerini tetiklediğini, diğer yandan bu etkilerin birikerek ortaya çıktığını öne sürmektedirler. Örneğin çocuğun ailesinin düşük sosyo-ekonomik konumu çocuğun iyi bir eğitimden mahrum kalmasına veya eğitim yaşamında başarısız olmasına yol açmakta, bunların birikimli etkileri çocuğun sağlıksız alışkanlıklar (örneğin tütün, alkol veya uyuşturucu kullanımı) edinmesine neden olabilmekte, böyle bir süreçten geçen çocuk genellikle erişkinlik döneminde yoksulluk halkasının dışına çıkamamakta bir anlamda yoksunluklar sonraki nesillere aktarılmaktadır.

Son olarak, erken yaşam döneminde maruz kalınan enfeksiyonların da erişkin yaşamda karşılaşılan sağlık sorunları üzerinde önemli bir etkisi bulunmaktadır.

Ancak buraya kadar yazılanlar kaderci bir yaklaşımla değerlendirilmemelidir. Anneden, çevreden hatta genetikten kaynaklanan olumsuzlukların çocukluk ve erişkinlik döneminde sağlık sorunlarına yol açması bir kader değildir. Bu olumsuzlukların ortaya koyduğu riskler nedeniyle ortaya çıkabilecek sağlık sorunları uygun bir gebelik bakımı ve doğumdan itibaren yeterli bir bakımla asgariye indirilebilir.

Başta ailenin çalışma ve yaşam koşullarının iyileştirilmesi ve sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engellerin kaldırılması yoluyla geçmişten gelen dezavantajların geleceğe uzanması önlenebilir. Örneğin sadece hamile kadının beslenmesinin düzeltilmesi dahi, fetüsün annenin geçmişinden kaynaklanan olumsuzluklardan daha az etkilenmesini sağlayabilir. Yine doğum sonrası yeterli bir beslenmenin sağlanması, büyümeyi desteklemenin yanında birçok çocukluk çağı hastalığına karşı koruyucu bir etki yapacaktır (3).

Sovyetler Birliği'nde ana – çocuk sağlığı:

Sovyetler Birliği ana-çocuk sağlığı hizmetlerini kadınlara ve çocuklara "anayasal hak" olarak tanıyan ilk ülkedir. Kadınlara da erkeklerle eşit haklar sağlayan Sovyetler Birliği Anayasası'nın 122. maddesi şöyledir:

> "*SSCB'de kadınlar, ekonomik, yönetimsel, kültürel, toplumsal ve siyasal yaşamın bütün alanlarında erkeklerle eşit haklara sahiptir. Bu hakların kullanılması; kadınlara erkeklere eşit çalışma, ücret, dinlenme ve tatil, sosyal sigorta ve eğitim hakları tanınarak ve annelerin ve çocukların çıkarları, çok çocuklu annelere ve evli olmayan annelere devlet yardımı, ücretli gebelik izni, doğumların yapılacağı gebelik evleri ve çocukların bakılacağı kreşler ve anaokulları sistemi devlet güvencesine alınarak sağlanmaktadır*" (4).

Böylece kadınlara çalışmak istedikleri takdirde bütün işler anayasal bir hak olarak açılmış, hiçbir iş veya meslek erkek işi veya mesleği olarak ayrıcalıklı tutulmamıştır (kuşkusuz sağlık ve güvenlik kaygılarıyla kadınların bazı sektörlerde istihdamı kısıtlıdır). Her kadına doğumda 200 ruble ve bebek 5 aylık olduğunda 50 ruble olmak üzere toplam 250 ruble doğum yardımı yapılmaktadır. Bu yardım ayda 50 ruble olmak üzere çocuk 12 yaşına gelene kadar devam eder. Gerektiğinde bu miktar arttırılabilir. Kadınlar doğumdan sonra daha iyi barınma koşulları (daha geniş bir ev) isteme hakkına sahiptir.

Ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinin Sovyet sağlık örgütlenmesi içinde çok önemli bir yeri vardır. Henüz ülkede bir Sağlık Bakanlığı dahi kurulmadan önce Lenin tarafından 19 Aralık 1917 tarihinde Ana Çocuk Sağlığı Departmanı kurulmasına ilişkin bir kararname yayınlanmıştır:

> "*Kamu Sağlığı Halk Komiserliği'nin çocukların gereksinimlerine hizmet eden başkentteki yetimhanelerden köydeki kreşlere kadar küçük ve büyük bütün kurumları, tek bir devlet örgütünde, Ana ve Çocuk Sağlığı Departmanı'nda, birleştirilmiştir. Böylece gebe kadınlara ve annelere hizmet eden kurumlarla tek bir bütüncül sistem oluşturulmuştur*" (5).

Sovyet ana-çocuk sağlığı hizmeti yalnızca çocukları doğumdan erişkinlik dönemine kadar izlemeyi ve korumayı değil aynı zamanda kadınları da izlemeyi ve korumayı amaçlamaktadır. Bütün toplumlarda nüfusun büyük çoğunluğunu kadınların ve çocukların oluşturduğu düşünüldüğünde, ana-çocuk sağlığı hizmetleri neredeyse toplumun üçte ikisine sağlık hizmeti götürmeyi

hedeflemektedir. Sovyetler Birliği'nde genel dispanserler yanında, ana ve çocuk sağlığı dispanserleri ve kreşler, anaokulları ve diğer öğretim kurumlarında da okul hekimlikleri oluşturulmuştur.

1931 yılında sayıları üç bini bulan ana-çocuk sağlığı dispanserlerinin çoğunda süt mutfakları bulunmaktadır. Kırsal alanlarda da sovhoz (devlet çiftliği) ve kolhozlarda (kollektif çiftlik) örgütlenen ana-çocuk sağlığı dispanserlerinde hekimler, hemşireler, hukuksal danışmanlar, Emeğin ve Yaşam Standartlarının İyileştirilmesi Komisyonu üyeleri görev almaktadırlar.

Sovyetler Birliği'nde ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinin başlıca özellikleri şunlardır (6):

- "İdari bakımdan ana ve çocuk sağlığı hizmetleri ayrı programlar olarak ele alınır ve erişkin bakımı hizmetlerinden ayrıdır.
- Ana çocuk sağlığı programları her birinden bir hekimin sorumlu olduğu birimlerde yürütülür.
- Programlar önleyici, klinik, eğitimsel, toplumsal, hukuksal ve çevresel etkinlikleri içeren kapsamlı programlar olup anne ve çocuğun sağlığını ve iyiliğini sağlamaya yöneliktir. Polikliniklerde anneler çocuk bakımı konusunda eğitilirler. 1960'larda farklı yaş gruplarındaki çocuklar için 5 ayrı eğitim programı vardır.
- Anne ve çocuk sağlığı programları bütün bireyleri kapsayacak şekilde tasarlanmıştır.
- Bütün ana ve çocuk sağlığı hizmetleri ücretsizdir.
- Temel ana çocuk sağlığı hizmetleri merkezi olarak planlanmıştır ancak bu temel programlar yerel koşullara uyarlanabilir".

.

Bir ana-çocuk sağlığı dispanserinde bulunan bölümler şunlardır (7):

- "Bebek kliniği
- Bir-üç yaş çocuk kliniği
- Hamile kadın kliniği
- Tüberküloz uzmanı ofisi
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklar uzmanı ofisi
- Beslenme istasyonu
- Süt istasyonu
- Hukuksal danışmanlık

- Danışma bürosu".

27 Haziran 1936'da boşanma mevzuatında yapılan bir değişiklikle kürtaj yasaklanmıştır. Ancak 1955 yılında kadınların kendi yaşamları üzerinde kendilerinin söz sahibi olmaları gerektiği düşüncesiyle bu yasak kaldırılmıştır. Gebelere ve annelere sağlanan yardımlar arttırılmış, çocuklarına tek başına bakan anneler için ek ödemeler getirilmiş, gebe evleri, kreşler, anaokulları ve kadınların hizmet aldığı diğer kurumlar sistemi genişletilmiştir.

8 Temmuz 1944'te gebelere ve annelere (evli olmayanlar dahil) sunulan hizmetlerin kapsamı arttırılmıştır. 25 Kasım 1947 Kararnamesi, çok çocuklu ve evli olmayan annelere verilen ödemeleri yükseltmiştir. Bütün bu çabalar meyvelerini, arada bir iç savaş, uzun kıtlık yılları ve 20 milyon Sovyet yurttaşının yaşamına mal olan İkinci Paylaşım Savaşı bulunmasına ve özellikle bu savaş sırasında ülkenin Avrupa bölümü neredeyse Nazi işgali altında olmasına rağmen, 40 yıl kadar kısa bir sürede vermiştir. 1913 yılında binde 275 olan bebek ölüm hızı, 1960'lara doğru binde 40'a geriletilmiştir.

Merkezi örgütlenme:

Cumhuriyetlerin Sağlık Bakanlıklarında ana ve çocuk sağlığı hizmetleri, erişkin sağlığı hizmetleri ve epidemiyoloji ve hijyen hizmetleriyle aynı düzeydedir. Departmanda kadın doğum uzmanı ve pediatrik hekimler görevlidir. Aynı yapı oblast ve rayon düzeylerinde de bulunmaktadır.

Ana ve çocuk sağlığı hizmetleri sağlık kurumları dışında Kızılhaç ve Kızılay, Sendikalar, Sovyet Kadın Komitesi, Piyoner Örgütleri ve Genç Komünistler Ligi gibi çeşitli mesleki veya gönüllü kuruluşlar tarafından da desteklenmektedir.

Kentsel Alanlarda Ana-Çocuk Sağlığı Hizmetleri

Kadın Danışma Merkezleri:

3 - 4 bin kadının bulunduğu bir belli bölgeye hizmet sunan yaygın örgütlenmiş kurumlardır. Kadınlar bu merkezlere jinekolojik sorunları için ve gebelik dönemlerinde başvururlar. Merkezlerdeki "Anne Okulları" (anaokulu değil) gebelik hijyeni ve bebek bakımı dersleri verir.

Gebeliğin son ayında bebeğin bakımından sorumlu olacak pediatrik hekim ve hemşire, anneyi evinde ziyaret ederek ev koşullarını değerlendirir.

Gebe kadın doğuma kadar, başkaca bir sağlık sorunu olmadığı takdirde, 8-12 kez evinde ebe veya kadın danışma merkezinde hekim tarafından izlenir. Bu merkezlerde görevli avukatlardan babanın çocuğa ilişkin yükümlülükleri ve anne ve çocuğun haklarına ilişkin hukuksal danışmanlık alınabilir. Kadın Danışma Merkezleri, gebe evleri veya hastaneleri içinde yer alırlar ve kadın hastalıkları polikliniği ile bağlantılıdırlar. Bu merkezlerde mesai sabah 08.00 ile akşam 20.00 arasındadır. Hekimlerin günlük mesaisi 6 saat olduğundan, iki vardiya halinde çalışırlar.

1960'ların başında rutin gebe izleme hizmetleri şöyledir:

- Gebeliğin tespit edildiği 2. veya 3. ayda hekim tarafından genel ve jinekolojik muayene. İdrarda albumin ve glukoz testi, kanda serolojik testler, akciğer grafisi, diş muayenesi.
- Gebeliğin son ayına kadar ebe tarafından düzenli ev ziyaretleri
- Gebeliğin son ayında bölge pediatrik hekimi ve hemşiresi tarafından evde ziyaret
- Gebeliğin gidişinde bir anormallik tespit edildiğinde, kadın-doğum hekimi tarafından muayene
- Gerekli durumlarda kadının gebeliğini bir sanatoryum veya dinlenme evinde sürdürmesinin sağlanması
- Doğumun sancısız geçirilmesi için gebeliğin 7. ayından itibaren kadın-doğum uzmanları tarafından psikoproflaktik eğitim verilmesi (8).

Kiev Shevchenko Rayonu Kadın Danışma Kliniği:

Rayon bölgesinde yaşayan 35 bin kadına hizmet sunmaktadır. Rayon 15 sağlık bölgesine ayrılmıştır. Bir başhekim, bir genel tıp hekimi, her bölge için bir kadın-doğum uzmanı (toplam 15), 32 ebe ve 9 genel hizmetler görevlisi bulunmaktadır. Kızılhaç görevlileri de aktif destek vermektedir.

Gebe Evleri ve Hastaneleri:

Komplikasyonsuz doğumların yaptırıldığı hastanelerdir. Sovyetler Birliği kurulduğu günden itibaren kadınların güvenli ellerde doğum yapabilmesi için tedbirler almaya başlamıştır. Bütün yataklı tedavi kurumlarındaki yatakların % 12,7'si gebeler için ayrılmıştır. Bu rakam 1959 yılı için her bin nüfus için bir gebe yatağına karşılık gelmektedir. Gebe evlerinde kalma süresi 9 gündür, ancak gerektiğinde uzatılabilmektedir. Bütün doğumların gebe evlerinde yapılması için azami gayret gösterilmiştir. Bu çabalar sonunda 1913 yılında bin doğumda 10 olan anne ölüm hızı, 1959 yılında bin doğumda 0,49'a geriletilmiştir.

Gebe evleri şu bölümlerden oluşur:

- Normal doğum: Resepsiyon, doğuma hazırlık koğuşu, doğum koğuşu, loğusa koğuşu, yenidoğan koğuşu, doğum odası. Koğuşlarda 6-10 yatak bulunur.
- Komplikasyonlu doğum koğuşu
- Jinekoloji polikliniği

Kiev Podolsky Rayonu 2 No'lu Gebe Evi:

Uzmanlık eğitimi veren Kiev İleri Tıp Enstitüsü'nün Jinekoloji ve Obstetrik Bölümü için klinik olarak da hizmet etmektedir. 110 yataklı olup, yılda ortalama 3 bin normal doğum gerçekleşmektedir. Yılda ortalama 600 kadar komplikasyonlu doğum yaptırılmaktadır.

Moskova İli Sağlık Departmanı 25 No'lu Gebe Hastanesi:

25 No'lu Gebe Hastanesi Moskova'nın 15 yaş üzeri 60.000 kadının yaşadığı bir bölgesine hizmet sunar. Bölge 7 yerleşim birimine bölünmüştür ve her bölümden bir hekim sorumludur. Hastanede bir Kadın Danışma Merkezi, radyoloji bölümü dahil kapsamlı bir klinik vardır ve ayrıca psikoproflaktik dersler verilir. Pavlov'un ilkelerinin uygulandığı teknikle koşullu refleksten yararlanılır. Tekniğin başarı oranı % 86'dır. Geri kalan % 14 vakada ağrı medikasyonla giderilmektedir. 1959 yılında hastanede 3.459 kadın, 3.510 bebek dünyaya getirmiştir. Doğumları 68'i sezaryen doğum (% 2) şeklinde gerçekleşmiş, 8 yenidoğan ölümü (binde 2,8), 3 ölü doğum (binde 0,8), 12 prematür doğum (binde 3,4) olmuştur. Ana ölümü yoktur. Ayrıca 132 jinekolojik ameliyat gerçekleşmiştir.

Gebe kadın, Kadın Danışma Merkezi'ne doğum öncesi bakım için kaydolduğunda annenin kaydı Form 111 ile tutulur. Gebeliğin 32. Haftasında kadın işyerinden ücretli izne ayrılır. Gebe kadın doğum zamanı geldiğinde evinden ambulansla alınarak hastaneye nakledilir.

Hastanede normal gebelikler için 120, komplikasyonlu gebelikler için 30 ve jinekolojik sorunlar için 50 yatak ve normal bebekler için 120 beşik bulunmaktadır.

Kadın-Doğum uzmanları günde 6 saat mesai yaparlar ve ortalama 10 – 20 hasta kabul ederler. Ayda iki gün doğum odasında görevlendirilirler ve bu nöbet ertesinde izin kullanırlar. Servikal smear ve kolposkopik muayene rutin kanser önleme programı çerçevesinde yürütülür.

Çocuk Danışma Merkezleri:

Her merkez belirli bir bölgeye hizmet sunar. Bu bölge, her birine bir pediatrik hekimin verildiği, 800-1000 çocuk barındıran alt-bölgelere (uçastok) ayrılmıştır. Her iki hekim için üç hemşire bulunur. Bu merkezler 3 yaş altı çocukların bakımı için kurulmuştur ve 3 yaşından büyük çocuklar polikliniklerden hizmet almaktadır. Ancak daha sonra büyük çocuklar da kabul edilmeye başlanmıştır. Bebekler doğumdan itibaren pediatrik hekimlerin gözetimindedir ve annenin doğum sonrası izninin bittiği 2. ayın sonundan itibaren yine pediatrik hekimlerin görev yaptıkları kreşlere kabul edilirler. Çocuklar 15 (dahil) yaşına kadar pediatrik hekimler tarafından kabul edilirler.

Gebe hastanelerinde doğum sonrası taburcu edilen bebekler, hastane tarafından Çocuk Danışma Merkezleri'ne bildirilir. Üç gün içinde bir pediatrik hekim ve bir hemşire bebeği evde ziyaret eder ve bu ziyaretler yenidoğan dönemi boyunca, anne bebeğini Çocuk Danışma Merkezi'ne getirebilecek duruma gelene kadar devam eder. Bu merkezde bebek, adolesan döneme kadar izlenir. Bebekler 1 aylık olana kadar dört kez izlenir. Bir ay ile 12 ay arasında bebekler ayda bir kez izlenirler. Çocuklar 1 yaşından itibaren yılda 4-5 kez fiziksel muayeneden geçirilirler.

Çocuk Danışma Merkezleri çocuk hastaneleri içinde yer alır ve aynı zamanda bölgedeki kreşler, anaokulları ve okullardan da sorumludurlar. Çocuk Danışma Merkezleri'nde görevli pediatrik hekimler ve hemşireler, kreş, anaokulu, okullar ve çocukların gittiği diğer kurumlarda da günün belli saatlerinde sağlık hizmeti sunarlar.

Çocuk Danışma Merkezleri'nde emziremeyen annelerin bebekleri için süt mutfakları bulunur. Bebeklere 1 yaşına kadar süt ve ek gıdalar ücretsiz olarak sağlanır. Bu merkezlerde anne sütü de toplanmakta ve dağıtılmaktadır.

Çocuk danışma merkezlerinde görevli diş hekimleri tarafından çocuklara ağız sağlığı hizmetleri sunulur. Bu hizmetler arasında florlama gibi koruyucu hizmetler de yer alır.

Çocuklar 7 yaşında ilkokula başlamadan önce pediatrik hekimler tarafından tıbbi muayeneden geçirilirler ve gerekli aşılamaları yapılır. Daha sonra okul hekimiyle işbirliği içinde yılda iki kez diş muayenesini de içeren genel muayeneler yapılır. Okullarda ayrıca çocuklar tüberküloz yönünden düzenli tarama programlarından geçirilirler.

Çocuk Hastaneleri ve Poliklinikleri:

Bu kurumlar genellikle Çocuk Danışma Merkezleri'ni de içlerinde barındırırlar. Kural olarak çocuklar kendi bölgelerindeki hastaneye giderler ve gerektiğinde daha özelleşmiş hastanelere gönderilirler. Pediatrik hekimler polikliniklerde hasta kabul etmek yanında ev ziyaretleri yaparlar ve sağlık eğitimi verirler. 1957 yılı itibariyle toplam 45 bin pediatrik hekim olup, ortalama her bin çocuğa bir pediatrik hekim düşmektedir. En küçük hastanelerde dahi çocuk koğuşları bulunmaktadır.

Polikliniklerde çocuk hekimleri dışında şu klinikler ayaktan bakım hizmeti sunar: nöroloji, göz, ortopedi, dermatoloji, KBB, diş, cerrahi. Ayrıca konuşma tedavisi (speech therapy), beden eğitimi ve fizyoterapi bölümleri bulunmaktadır. Çocuk sanatoryumları ve diğer özel durumlar için bakım kurumları ayrı örgütlenmişlerdir.

Moskova İli Sağlık Departmanı 32 No'lu Çocuk Polikliniği:

Sovyetler Birliği'nde Çocuk Poliklinikleri 15 yaşına kadar çocuklara hizmet sunarlar. 32 No'lu Poliklinik Moskova'nın belli bir bölgesindeki 15.000 çocuğa hizmet sunmaktadır. Aynı zamanda bölgede yer alan 4 kreş, 12 anaokulu, 2 yatılı okul ve 9 okuldan sorumlu olup, bu okullara hekim ve hemşire desteği verir. Bölge, 20 yerleşim birimine (uçastok) bölünmüştür ve her birimden bir hekim ve hemşire sorumludur. Bir hekim 750-800 çocuktan sorumludur.

Poliklinikte 65 hekim, 117 hemşire, birkaç diş hekimi ve yardımcı sağlık emekçileri vardır. Önleyici sağlık hizmetleri, fizik muayene, konsültasyon ve tedavi hizmetleri sunulur. Günlük ortalama sağlam çocuk poliklinik sayısı 500'dür. Hasta çocuklar poliklinikte değil, uçastoktan sorumlu hekim tarafından çocuğun evinde ziyaret edilir ve tedavileri yapılır. Hastane tedavisinin gerekli olduğu durumlarda hasta çocuk hastaneye sevk edilir. Hastane taburcu ettiği çocukları polikliniğe bildirir.

Bir gebe kadın doğum öncesi bakım için Gebe Danışma Merkezi'ne kaydolduğunda, Merkez Çocuk Polikliniği'ne bildirimde bulunur. Çocuk Polikliniği'nden bir halk sağlığı hemşiresi gebeyi evinde ziyaret ederek beslenme ve bebek bakımı eğitimine başlar. Bebek doğduğunda, doğumun yapıldığı merkez bebeği taburcu ederken Çocuk Polikliniği'ne bildirir.

Bebek, en geç üç gün içinde evinde pediatrik hekim ve hemşire tarafından ziyaret edilir. İki hafta sonra anne bebeğini polikliniğe getirmeye başlar. Bu ziyaretler 1 yaşına kadar ayda bir sürdürülür. Anneleri tarafından getiril(e)meyen bebekler evlerinde izlenir. İkinci yıl anne bebeği yılda 4 kez polikliniğe götürür. Üçüncü yıl da yılda iki kez ve sonra 16 yaşına kadar yılda bir kez hekim muayenesi yapılır. Her bebek ayrı ayrı kaydedilir ve vizitelerde bu kayıtlar hazır bulundurulur. Çocuk başka bir bölgeye taşındığında, kayıtlar bölgesine gönderilir. 16 yaşına gelen çocukların kaydı erişkin kliniğine nakledilir.

Smolny Rayonu Çocuk Hastanesi:

Smolny Rayonu'nda 15 yaş altı çocuk nüfusu 14.000'dir. Bu çocukların gereksinimlerini karşılamak üzere 150 yatağı bulunan bu hastaneye prematür bebekler sevk edilir. Rayon 16 bölgeye ayrılmıştır. Her bölgenin hekim ve hemşireleri vardır.

Evde Tıbbi Bakım:

Hamile kadın veya çocuk hasta olduğunda eve hekim çağrılabilir. Hastanın tedavisine evde mi, hastanede mi devam edileceğine hekim karar verir. Çocuğun tedavisinin evde devam etmesine karar verilmesi durumunda evde hemşire hizmeti sağlanır.

Ambulans Hizmeti:

Hamile kadın doğum için ambulans çağırdığında, bir ambulans içinde bir ebe ile evine giderek kadını doğum yapacağı hastaneye nakleder. Benzer bir hizmet hastaneye gidemeyecek durumda olan çocuklar için de sağlanır.

Gebe Sanatoryumları:

Genellikle sendikalar tarafından kurulmuş ve doğum öncesi izin (56 gün) alan gebe emekçilerin hamileliklerini geçirdikleri kurumlardır.

Kırsal Alanlarda Ana-Çocuk Sağlığı Hizmetleri

Kırsal alanda koruyucu ve iyileştirici hizmetler tamamen birleştirilmiştir. Kırsal bölge hastanesinin başhekimi aynı zamanda halk sağlığı programlarının olduğu gibi, ana ve çocuk sağlığı programlarının da sorumlusudur. Başhekime ana ve çocuk sağlığı hizmetleri konusunda bir kadın-doğum uzmanı ve bir pediatrik hekim yardımcı olur.

Kırsal alanlarda ana rayon hastaneleri yanında, coğrafi nedenlerle (ulaşım, nüfusun dağınıklığı vb.) daha küçük ikincil hastaneler de olabilir. Bu hastanelerde de Kadın Danışma Merkezleri ve Çocuk Danışma Merkezleri bulunur. Doğum ve çocuk yatakları da bulunan genel hastanelerde ayrıca süt mutfağı, sanepid istasyonu ve ambulans hizmeti de bulunur.

Hastane çevresinde birçok noktada Gebe Evleri olup bu evlerde 2 – 4 yatak, anneler için ayaktan bakım kliniği ve çocuklar için ayaktan bakım kliniği vardır. Gebe Evleri'nde bir feldsher ve bir ebe görevlidir. Aşılama – bağışıklama hizmetleri ebe tarafından yürütülür.

Kırsal alanlarda sürekli ve geçici (mevsimlik) kreşler ve anaokulları vardır. Bunlar köylerde olabildikleri gibi, kolektif çiftliklerde de örgütlenmiş olabilirler. Kırsal kesimde tarım sektöründe çalışmak isteyen her anne için, bebeğini veya çocuğunu çalışırken güvenle emanet edebileceği bir bakım sistemi Sovyetler Birliği'nin en ücra köşelerine kadar uzanmaktadır.

Özetlemek gerekirse kırsal kesimde örgütlenme dört düzeyde gerçekleşir:

- Rayon hastaneleri: Genel hastaneler olup bir kadın-doğum klinikleri vardır.
- Bölge hastaneleri: Rayonlarda ihtiyaca göre kurulan, rayon hastanelerine bağlı daha küçük hastanelerdir. Bu hastanelerde gebe kadınlar için doğum yatakları ve jinekolojik hastalar için yataklar bulunur.
- Kolektif çiftlik gebe evleri: Büyüklükleri kolektif çiftliğin büyüklüğüne göre değişir. En küçük gebe evi bir resepsiyon, bir muayene odası, bir doğum öncesi ve iki doğum sonrası yatağı olan bir doğum koğuşu içerir. Bu evlerde ebeler ve diğer yardımcı sağlık emekçileri görevlidir. Gebe evinin faaliyeti en yakın hastanedeki kadın-doğum uzmanının yakın gözetimi altındadır. Gebelerin gerekli tetkikleri de bu hastanelerde yapılır. Bu evlerde anormal gebelikler kabul edilmez ve hastaneye sevk edilir. Evlerde aynı zamanda Anne Okulları da bulunur. Gebe evleri bebeklerin de 1 yaşına kadar izleminden sorumludur.
- Feldsher/Ebe istasyonları: Genellikle kolektif çiftliklerde örgütlü en küçük kırsal ana-çocuk sağlığı birimidir.

Sağlık Eğitimi

Anne Danışma Merkezleri'nde çalışma saatleri annelerin çalışma saatlerine uyarlanmış Anne Okulları bulunur. Bu kurslara katılamayanlar için evlerinden katılabilecekleri mektupla öğrenim kursları vardır. Kırsal alanlarda eğitim görevini ebeler üstlenir ve kadınların eşlerine de eğitim verilir. Gebe Hastanesi'nde loğusalık döneminde kadınlara hijyen, bebek bakımı ve beslenme eğitimi verilir. Eğitimlerde kitapçıklar ve görsel eğitim araçları kullanılır.

Bebek hastaneden taburcu olduktan sonra üç gün içinde pediatrik hekim ve hemşire tarafından yapılan ev ziyaretleri sağlık eğitimi bakımından çok önemlidir. Daha sonra anne eğitimi Çocuk Danışma Merkezleri'nde sürdürülür. Bu eğitimlerde çocukların değişik yaşlarda giysi kullanımı, oyuncaklar ve beslenmelerine ilişkin demonstrasyonlar yapılır. Anneye çocuğu için beden eğitimi bilgileri verilir.

Kadınların ve Çocukların Sağlığını Korumak İçin Toplumsal Tedbirler

Gebeler ve emziren kadınlar özel koruma altındadır. Kadınlara gebeliğin 4. ayından itibaren fazla mesai verilemez. Emziren kadınlara her 3 – 4 saatte bir ücretli süt izni verilir ve geceleri çalıştırılmazlar. Hamile kadınlar istekleri dışında işlerinden çıkartılamazlar, ancak gerektiğinde daha hafif bir işe nakledilebilirler. Evli olmayan hamile kadınlara maddi yardım yapılır. Bütün gebeler doğum öncesinde ve sonrasında 56'şar gün (toplam 112 gün) ücretli izinlidir. Bu izin ikiz gebelik veya komplikasyon durumlarında doğum sonunda 70 güne uzatılabilir. Çocuklarına kendileri bakmak isteyen annelere ilaveten üç ay daha izin verilir.

Bebek bakımı hizmetleri, annenin doğum sonrası izni bittikten sonra kreşlerde sürdürülmektedir. Çalışan annelerin bebeklerini ikinci ayın sonundan itibaren bırakabilecekleri kreşler Lenin tarafından, "*kadını özgürleştiren ve komünist toplumun tohumu olan kurumlar*" olarak tanımlanmışlardır. Kreşler fabrikalarda ve yerleşim yerlerinde örgütlenmişlerdir. Çocukları hastalanan annelere istekleri halinde, çocuğu muayene eden hekim tarafından çocuğuna hastalığı süresince bakabilmesi için ücretli izin verilir. Annenin işten uzun süre uzak kalması gereken durumlarda bu ücret sendika tarafından karşılanır.

Ayrıca annelerin özgürce seyahat edebilmelerini sağlamak için demiryolu istasyonu kreşleri, geceleri sosyal yaşama katılabilmeleri için gece kreşleri açılmıştır. Kolhoz ve sovhozlarda yaz aylarında açılan kreşler bulunmaktadır. Fabrikalarda 1928 yılındaki 33 bin kreş yatağı sayısı, 1931 yılında 130 bine yükselmiştir. Kolhozlarda 1928 yılındaki 135 bin kreş yatağı sayısı, 1931 yılında 1,5 milyona yükselmiştir. Kreşlerden sonra çocuklar, ilkokula başlayana kadar sağlık bakımlarının sürdürüldüğü anaokullarına devam etmektedirler.

Küba'da ana – çocuk sağlığı programı (9)

Küba'da da, diğer birçok geri bıraktırılmış ülkede olduğu gibi ana ve çocuk sağlığı hizmetleri devrim öncesinde yok denecek düzeydedir. Ana ölüm hızı ve bebek ölüm hızının oldukça yüksek olduğu ülkeler arasında yer alan Küba, devrim sonrasında bu durumu düzeltmek için büyük bir çaba içine girmiştir.

Küba'da ana-coçuk sağlığı alanındaki ilk girişimler 1965 yılında anne sütünün teşvik edilmesi, ishalli hastalıklardan ve solunum yolları enfeksiyonlarından ve menenjitten korunma çalışmalarıyla

başlamıştır. Bu çalışmaları yürütmek üzere örgütlenen birimler aynı zamanda bebek ve çocuk izlemlerini de düzenlemişlerdir.

1970 yılında ana ve bebek ölümlerini azaltmaya yönelik ikinci bir program başlatılmış ve 1977 yılında Kamu Sağlığı Bakanlığı içinde ana çocuk sağlığı çalışmalarını yürütmek üzere ayrı bir birim oluşturulmuştur. Ulusal, eyalet ve belediye düzeylerinde ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinin örgütlenmesiyle birlikte 1980 yılından itibaren Küba'nın Ana – Çocuk Sağlığı Programı başlamıştır. Program kapsamına 1989 yılında düşük doğum ağırlıklı bebek insidansının düşürülmesi çalışmaları eklenmiştir. 1992 yılında yapılan Dünya Çocuk Konferansı'nda alınan kararlar benimsenmiştir.

Küba'da Ana – Çocuk Sağlığı Programı'nın kapsamı şöyle tanımlanmıştır: erken gebelik hizmetleri, gebelik riskleri, bebek ölümleri, anne ölümleri ve gebeliğe bağlı sağlık sorunları, düşük doğum ağırlığı, sezaryen, gebelerde hipertansiyon, düşük, doğumsal anomaliler, üreme riskleri, akut solunum yolları enfeksiyonları, hipoksi ve hiyalin membran hastalığı, meme kanser, uterus kanseri, emzirme.

Bu hizmetler esas olarak aile hekiminin yönetim ve izleminde olup, kadın hastalıkları ve doğum, pediatri, genetik, beslenme, diş hekimliği, psikoloji uzmanlarıyla birlikte çok-disiplinli bir yaklaşımla yürütülmektedir. Bir kadın hamile kaldığının anlaşılmasıyla birlikte aile hekimi tarafından bu programa alınır.

Program Kamu Sağlığı Bakanlığı tarafından yürütülür. Hamile kadınların, hamilelikleri boyunca programda belirtilen muayene ve kontrollere katılması gereklidir. Bu programda kadınlara şu gebelik, doğum ve bebek bakımı konularında eğitimler verilir.

Programın Amaçları:

- Annelere, yeni doğanlara, anne sütü emen veya biberonla beslenen bebeklere, okul öncesi çocuklara, okul çocuklarına ve gençlere, yüksek risk altında olanlara özel dikkat gösterilerek bütüncül (fiziksel, ruhsal ve sosyal) tıbbi bakım
- Anne, prenatal, okul öncesi, okul çocuğu ve genç morbidite ve mortalitesini azaltmak
- Düşük doğum ağırlıklı bebek (2.5 kg altı) insidansını azaltmak
- Anne sütünü teşvik

- Bağışıklama (13 hastalığa karşı)
- Bebek, okul öncesi, okul çocuğu ve genç morbiditesi ve mortalitesinin önlemek üzere prenatal enfeksiyonlar, sepsis, doğumsal anomaliler, akut solunum yolları hastalıkları, ishal, malnutrisyon, merkezi sinir sistemi enfeksiyonlarını önlemek için somut eylemleri teşvik
- Bütün ailenin ve toplumun yaşam tarzlarını iyileştirmek için sağlık eğitimi almasını teşvik
- Pediatrik hastalara rehabilitasyon sağlanması, gebe kadının sınırlılıklarının araştırılması
- Engelli çocuklara özel bakım sağlanması
- Bütün sağlık merkezlerinde yüksek nitelikli hizmet
- Anne ve çocukların beslenme durumlarının iyileştirilmesi
- Doğumsal malformasyonlar ve metabolik anomalilerin erken tanısı için daha ileri teknolojik programların geliştirilmesi
- Kesin istatistiksel bilgiler sağlanması
- Anne ve bebek sağlık bakımı ve genetik hastalıklar üzerine daha fazla araştırma yapılmasını teşvik
- Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanları ve Aile Hekimleri (Kapsamlı Tıp Uzmanları) arasındaki tıbbi eşgüdümün arttırılması
- Ana-çocuk sağlığı programından sorumlu öğretim görevlilerinin niteliklerinin yükseltilmesi

Küba'da 1980 yılında başlatılan Ana-Çocuk Sağlığı Programı ile eşzamanlı olarak bu program çerçevesinde yeni pediatrik ve jineko-obstetrik bakım rehberleri yayınlanmıştır. Programın sosyal bileşenleri şunlardır:

- Beslenme evleri
- Tıbbi sorunları olan hamileler için evler
- Astım, obezite ve diyabet sorunu olan çocuklar için kamplar

Programın tıbbi bileşeni içinde yürütülen erken tanı çalışmaları kapsamında Down Sendromu, Fenilketonüri, Depranositik Anemi gibi doğumsal anomaliler ve Doğumsal Hipotiroidi ile Doğumsal metabolizma Bozukluklarına yönelik tetkikler yapılmaktadır.

Doğumların hepsinin hastane ortamında yapılmasını garanti altına almak için bütün ülkede yeterli sayıda Doğumevi kurulmuştur. Ancak ülkenin çok ücra yerlerinde (kırsal alanlar) yaşayan ve Doğumevlerine ulaşamayan kadınlar için, yaşadıkları yerlerde sadece doğum hizmeti sunan Anne

Evleri açılmıştır. Kadınların bu evlerde kaldıkları süre içinde uygun beslenmeleri ve eğitimleri sağlanmaktadır.

İleri tıbbi bakım kapsamında pediatrik kardiyoloji gibi uzmanlıklar teşvik edilmekte, çocuk hastanelerinde yoğun bakım birimlerinin ve fiziksel rehabilitasyon birimlerinin kurulmaktadır.

Küba Kadınlar Federasyonu'nun (KKF) Rolü

Bir sivil toplum örgütü olan KKF'nun 3.896.000 üyesi olup, 14 yaş üzeri kadınların % 84.46'sını temsil etmektedir. KKF, Ulusal Sağlık Konseyi içindeki temsilcisi aracılığı ile Başından itibaren Program'ın örgütlenmesine katılmıştır. Program çerçevesindeki eğitim etkinliklerinin bir kısmını Federasyon üstlenmiştir: su ve sütün kaynatılması, ev hijyeni, çocuk bakımı, enfeksiyon hastalıklarından korunma.

Federasyon'un sağlık aktivistleri toplum düzeyindeki etkinliklerde rol almışlardır: eğitim etkinlikleri, enjeksiyon yapma, tansiyon ölçümü. Kurumsal düzeyde hamile kadınlara evlerinde, gebe evlerinde ve hastanelerde sağlık eğitimi sunmakta, aşılama kampanyalarında görev almaktadırlar.

Bu kapsamdaki en önemli etkinliklerden biri anne sütünün teşvik edilmesidir. Anneler bebeklerini iki yaşına kadar emzirmeye teşvik edilmektedir. Bu amaçla Anne Sütü Destekleme Grupları oluşturulmuştur. Bebeklerini emzirmiş veya halen emzirmekte olan kadınlardan oluşan bu gruplar hamile kadınları ve yeni doğum yapanları ziyaret ederek deneyimlerini paylaşmakta ve kadınları emzirme konusunda yüreklendirmektedir.

Federasyon'un yayın etkinlikleri de vardır. Erişkin kadınlara yönelik WOMEN ve genç kadınlara yönelik GIRLS dergilerinde sağlık konularına da yer verilmektedir: kadınların kendi sağlık bakımlarında sorumlulukları, cinsel yaşam, üreme sağlığı, aile planlaması, stereotipiler ve tabular, kazalar, hijyen önlemleri.

KKF'nun önerisiyle ülkede Kamu Sağlığı Bakanlığı, Eğitim Bakanlığı ile koordinasyon içinde bir Ulusal Cinsel Eğitim Merkezi kurulmuştur. Ailelere, öğretmenlere, sağlık emekçilerine ve genelde kadınlara hizmet sunmak için kurulan Merkez, bu alandaki politikaların ve eğitim programlarının

oluşturulmasında, sağlık emekçilerinin oryantasyonunda, cinsel tedaviler üzerine araştırmaların arttırılmasında sorumluluk üstlenmiştir.

Federasyon anne ve çocuk sağlığını tehdit eden diğer bir neden olan ev kazaları üzerine özgün çalışmalar yürütmektedir. Ev kazalarının önlenmesi için eğitimler verilmektedir.

Kadın ve Aile Oryantasyon Evleri

Her belediyede bir tane olmak üzere ülke çapında örgütlü olan bu kurumlar (toplam 176 adet) hamile kadınların ve ailelerinin eğitimlerine katkı sunmaktadır. Bu projeye Kamu Sağlığı Bakanlığı, KKF ve Ulusal Cinsel Eğitim Merkezi de katılmaktadır. Kadınlar ve aile bireyleri ile gebelik süreci, doğum ve bebek bakımına ilişkin konular tartışılmaktadır.
Sorumlu Annelik ve Babalık Programı

KKF'nin önerisiyle 1992 yılında Kamu Sağlığı Bakanlığı tarafından başlatılan bu program, müstakbel anne ve babaları ebeveynlik sürecine hazırlamayı amaçlamaktadır. Anne ve baba adaylarını çocuklarının sağlık bakımındaki sorumlulukları, hastalıkların önlenmesi ve çocuklarının eğitimi konularında hazırlamaktadır. Bu programın bebeğin ruhsal, motor ve entelektüel gelişimine büyük katkısı olduğu düşünülmektedir.

Program 3 düzeyde yürütülmektedir:

- Aile hekimi: hekimin kadının hamile olduğunu tespit etmesiyle birlikte başlayan program çerçevesinde anne ve baba adayı için bir gebelik izlem takvimi çıkartılmaktadır
- Kadın ve Aile Oryantasyon Evleri: Anne adayının yaşadığı bölgenin özelliklerine göre Ulusal Spor ve Rekreasyon Enstitüsü ile işbirliği içinde gebelik egzersizlerinin yapılabileceği alanlar belirlenmekte ve müstakbel ebeveynlerin bu programlara katılımı sağlanmaktadır
- Doğumevi ve Anne Evleri: Hekimler, hemşireler ve sağlık görevlileri kadını ve aileyi doğuma hazırlamaktadırlar.

Giron Kahramanları Polikliniği

Havana'daki Giron Kahramanları (10) Polikliniği'nin ana – çocuk sağlığı çalışmaları esas olarak önleyici hizmetlere dayalıdır: kadınların kendi yaşamları üzerindeki kontrollerini sağlamak için yürütülen sosyal çalışmalar, gebelik öncesi ve gebelik sırasında kadın sağlığını etkileyebilecek ana risk etmenlerine yönelik çalışmalar.

Polikliniğin öncelikli amaçlarının başında, aile hekimleriyle yakın işbirliği içinde kadınların hamileliklerinin ilk 14 haftası içinde tespit edilmesi gelmektedir. Gebelik tespit edildiğinde, bir jinekolog veya aile hekimi tarafından kadının gebeliğinin 40. haftasına kadar düzenli olarak polikliniğe gelmesini sağlamak için ortalama 8 ziyaret planlanır. Bu ziyaretler poliklinikte değil, aile hekimi ofisinde yapılır; bu uygulamanın amacı poliklinik hekimlerinin kadının evini ve yaşam koşullarını görmesini sağlamaktır. Ayrıca aile hekimi kadını ayda bir kez evinde ziyaret eder. Poliklinik hekimi ve aile hekimi birbirlerini ziyaretleri üzerine bilgilendirirler.

İlk ziyarette hamile kadın bir diş hekimine yönlendirilir, tetanos aşıları planlanır ve laboratuar tetkikleri yapılır (kan sayımı, kan grubu, kan glukozu, serolojik tetkikler, anne ve babada HIV testleri, vajinal kültür, dışkı ve idrar tetkikleri, alfa-feto protein).

İkinci ziyaret ilk ziyaretten 14 gün sonra yapılır. Tetkiklerin sonuçları değerlendirilir ve jinekolojik muayene yapılır. Anemiyi önleyici tedbirler alınır, doğum tarihi beklentisine göre doğum öncesi izin hesaplanır, beslenme ve hijyen tavsiyeleri ile giyim, fiziksel postür, yürüyüş ve cinsel ilişki konularında tavsiyeler verilir. Doğum ve anne sütü ile ilgili eğitimler yapılır.

Beşinci ziyarette bütün ekip (aile hekimi, jinekolog, genetik uzmanı, beslenme uzmanı, dahiliye uzmanı ve psikolog) gebe kadının durumu üzerine genel bir değerlendirme toplantısı yapar. Bazı tetkikler yinelenir, doğum tarihi daha kesin olarak tahmin edilir, kadının bir başka uzman tarafından görülmesi gerekiyorsa sevki yapılır.

Altıncı ve yedinci ziyaretler 34 ve 37. Haftalar arasında gerçekleştirilir. Bir sorun yoksa artık kadın doğum için hazırdır. Kadın doğum hastanesine kabul edilir.

Genetik Danışmanlık: Hamileliğin erken dönemlerinde yapılan genetik danışmanlıkta yalnızca kadın genetik riskler bakımından değerlendirilmez, aynı zamanda kadına hamileliği dönemin

boyunca dikkat etmesi gereken konular (ilaç kullanımı, röntgen çektirme vb) anlatılır. Doğumsal malformasyonlar tespit edilirse hasta ve ailesiyle gebeliğin sonlandırılması konusu tartışılır.

Jinekolojik Danışmanlık: Serviks sitolojisi taramasının yanında üreme sistemi ileride doğumu olumsuz etkileyebilecek herhangi bir anomali yönünden değerlendirilir.

Beslenme Danışmanlığı: Öncelikle bir besin eksikliği olup olmadığı değerlendirilir. Gebelik sürecinde beslenme eğitimi yapılır. Özellikle düşük doğum ağırlıklı bebek dünyaya getirme riskine karşı tedbirler alınır. Yine emzirme dönemi beslenmesine ilişkin eğitim verilir.

Dahiliye Danışmanlığı: Kronik hastalığı olanlar başta olmak üzere bütün hamile kadınlar gebelikleri sürecinde bir dahiliye muayenesinden geçirilir. Anne ve bebeği etkileyebilecek durumlar kontrol altına alınır.

Psikolojik Danışmanlık: Ailenin gebeliği kabul etmesi ve aileye bu süreçte psikolojik destek sağlanması amaçlanır. Aile içinde herkesin kendi rolünü (eş, baba, kardeş vb) benimsemesine yardımcı olunur.

https://toplumcutip.blogspot.com/2013/10/ana-cocuk-saglgna-toplumcu-yaklasm.html

Akif Akalın – Toplumcu Tıp, 9 Ekim 2013.

DİPNOTLAR

1. Son yıllarda erişkin yaşamda ortaya çıkan kardiyovasküler sorunlar, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, şizofreni, strese yatkınlık, diyabet, hiperkolesterolemi, atopi ve meme kanseri gibi sağlık sorunlarını, erken yaşamda büyümenin zayıf olmasıyla ilişkilendiren çok sayıda çalışma yayınlanmıştır.

2. Bunlar arasında ilk akla gelenler annenin yetersiz beslenmesi, gebelik döneminde karşılaşılan maruziyetler (tütün, alkol, hava kirliliği, mesleki maruziyetler, enfeksiyonlar vb), egzersiz yapamamaktır.

3. Beslenme ile başta pnömoni olmak üzere erişkin yaşamdaki sağlık durumu üzerine etkisi olan birçok hastalıktan korunma arasındaki ilişki çok iyi belgelenmiştir.

4. Holmberg, B. ve Winell, M. (1977). Occupational Health Standards: An International Comparison. Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 3: 1 – 15.

5. WHO. (1963). Health Education in the USSR. World Health Organization. (İsviçre'de basılmıştır).

6. WHO. (1960). Health Services in the USSR. World Health Organization Public Health Papers No. 3. (İsviçre'de basılmıştır).

7. Gregg, A. (1927). Medical Education in Russia. Rockefeller Archive Center. Rockefeller Foundation Archives. http://profiles.nlm.nih.gov/FS/B/B/P/Q/ (Erişim: 08 Haziran 2010).

8. Psikoproflaksi, doğum sırasında ağrının hafifletilmesi tekniğidir.

9. Muñoz Rodríguez, M. (2006). The Cuban Mother-Child Attention Program Aiming at Fulfil the Ambition of the Comprehensive Concept of Health: A Study Through the Practice of the Community Policlinic "Héroes de Girón" in Havana City. http://brage.bibsys.no/hibo/retrieve /32/ Munoz_Rodriguez_Mariana.pdf (Erişim: 9 Mayıs 2013).

10. 1961 yılında ABD destekli Domuzlar Körfezi çıkartmasına karşı ülkelerini savunan Playa Giron kahramanları.

Sovyetler Birliği deneyimi için bkz: Akalın, MA. (2010). Toplumcu Tıp: Sovyetler Birliği Deneyimi. İstanbul: Yazılama.

Sağlığın sosyal belirleyicileri için bkz: Marmot, M. ve Wilkinson, RG. (2009). Sağlığın Sosyal Belirleyicileri. İstanbul: İnsev.

7. Bölüm: Devletin Sıhhi (Sağlık) Örgütü

SSCB'de "*tek planlama*" ilkesi, sadece tedavi edici hekimlikte değil, sıhhi-epidemiyolojik hekimlikte de kendisini gösterir.

Tüm sıhhi denetim, tamamen devlet sıhhi örgütünün ellerinde toplanmıştır. SSCB'deki sıhhi denetim organları, toplumda sıhhi çalışma ve sağlıklı yaşam kurallarına uyulmasını, işletmelerde, kurumlarda, okullarda, yerleşim yerlerinin inşası ve güzelleştirilmesinde, toplumun beslendiği yerlerde sıhhi kuralların uygulanmasını, özellikle çeşitli hastalıklarla mücadeleyi vb. denetler.

Bu çeşitli ve önemli görevlerin yerine getirilmesi için sıhhi denetim organları özel yetkilerle donatılmıştır: *talimatlarının uygulanması zorunludur*. Onları yerel etkilerden bağımsız bir "*devlet gözü*" yapmak için, sıhhi örgüt yapısal olarak tedavi edici örgütten farklı inşa edilmiştir (1).

Tedavi hekimliği alanındaki sağlık bölümleri tamamen yerel Sovyet organlarına bağlıdır. Üst sağlık organları, tedavi çalışmaları alanında sadece genel kontrol ve rehberlik yürütür. Sıhhi faaliyetlerde işler farklıdır: yerel sıhhi teftiş, doğrudan üst sıhhi müfettişe bağlıdır.

Yerel iktidar organlarının devlet sıhhi müfettişinin kararını iptal etme hakkı *yoktur*. Yerel iktidar organları, devlet sıhhi müfettişinin kararının yanlış olduğunu düşünürlerse, sadece bir üst sıhhi müfettişe itiraz edebilirler. Elbette yerel sıhhi müfettişler günlük işlerinde yerel sağlık organlarına bağlıdırlar: yerel sağlık organları, yerel sıhhi müfettişlere iş için görevler verir, işlerini planlar. Ancak sıhhi durumu gözlemleme ve sağlığa aykırı durumla mücadele (ceza kesme, sağlığa aykırı durum nedeniyle kurum ve işletmeleri kapatma, ön sıhhi denetim vb.) alanında sıhhi müfettişler bağımsız hareket ederler.

Böylece sıhhi örgüt sadece "yatay" (yerel organlara bağlılık) değil, "dikey" ilke (üst sıhhi organlara bağlılık ve yerel iktidar organlarından bağımsızlık) ile de kurulmuştur. Bu tür bir yapı son derece önemlidir: sıhhi teftişi büyük bir yetkiyle donatır, teftişi gerçekten devletin sıhhi organı, devletin "*gözü*" yapar (2).

Kural olarak, devlet sıhhi denetimi, suçlulara ikna yoluyla etki etmenin imkansız olduğu durumlarda zorlayıcı tedbirlere başvurur. Böylece sıhhi denetim işinde her iki faktör —ikna ve zorlama— uyum içinde hareket eder.

SSCB'de, özü itibarıyla şu temel sıhhi denetim türlerine indirgenebilen düzenli bir devlet sıhhi örgüt sistemi kurulmuştur: *komünal, gıda, endüstriyel* ve *okul*.

Salgın hastalıklarla mücadele tedbirleri sıhhi örgüt tarafından planlanır. Sağlık Bakanlığı'nın devlet sıhhi örgütünün yanı sıra, SSCB'de bir de departmansal sıhhi örgüt mevcuttur. Ulaştırma Bakanlığı, demiryolu ulaşımına hizmet eden kendi sıhhi örgütüne sahiptir. Bazı ekonomik işletmeler, örneğin gıda işletmeleri de kendi sıhhi örgütlerine sahiptir. Bu yolla sıhhi örgüt, çalışmalarını şu veya bu ekonomik örgütün spesifik gereksinimlerine göre uyarlar.

Ancak bu durum, sıhhi işin ilkesel birliğini ve planlılığını hiçbir şekilde zayıflatmaz: departmansal sıhhi örgütler, tamamen SSCB Sağlık Bakanlığı'nın devlet sıhhi teftişine bağlıdır ve SSCB Sağlık Bakanlığı'nın talimatları onlar için de zorunludur.

Departmansal sıhhi faaliyet planı, Sağlık Bakanlığı'nın genel sıhhi faaliyet planı içinde koordine edilir ve hesaba katılır. Sıhhi doktorların sağlık hizmetlerinin çeşitli faaliyetlerine ve planlanmasına sürekli pratik katılımları, onları sağlık hizmetleri yöneticilerinin fiili yardımcıları yapar.

Sağlık "*kulesinden*" sağlık hizmetlerinin genel durumu, gelecekteki gelişme perspektifleri, sağlık organlarının faaliyetlerindeki zayıf noktalar daha iyi görülür. İşte bu yüzden devlet sıhhi örgütünün sadece denetleyici değil, örgütleyici rolü de çok önemlidir.

SSCB'deki sıhhi işlerin örgütlenmesinin bir özelliği de, devlet sıhhi doktorlarının yanında, çevresinde ve yönetiminde bizzat toplum içinden çıkan *kamusal sıhhi müfettişlerin* çalışmasıdır (3).

Nihayet, SSCB'deki sıhhi tedbirlerin planlı doğasından bahsetmek gerekir. Demografik, sıhhi-epidemiyolojik ve sıhhi durumu belirleyen diğer faktörlerin incelenmesi temelinde sıhhi organlar, işlerinin planlarını belirli zaman dilimleri için (yıllık, beş yıllık vb.) hazırlarlar.

SSCB'deki sıhhi örgütün yapısının özellikleri böyledir.

AÇIKLAYICI NOTLAR

1. Sovyet halk sağlığı sisteminin ve *Devlet Sıhhi Denetimi* (Gosudarstvenny Sanitarny Nadzor) mekanizmasının temelini oluşturan tarihi yasal düzenleme, 15 Eylül 1922 tarihli "*Cumhuriyetin Sıhhi Organları Hakkında*" Kararnamedir.

23 Aralık 1933'te *Tüm Birlik Sıhhi Müfettişliği* (Vsesoyuznaya Sanitarnaya Inspektsiya) kuruldu. Bu kanunla sıhhi denetim organları, tedavi edici kurumlardan tamamen ayrılarak, doğrudan Sağlık Halk Komiserliği'ne bağlı en yetkili "*devlet gözü*" haline getirildi.

2. Sovyetler Birliği'nde 1928'de başlayan "hızlı" sanayileşme döneminde fabrikalar, madenler ve demiryolları üzerinde devasa bir üretim baskısı vardı. Fabrika müdürleri ve sektörel Bakanlıklar (Ağır Sanayi Bakanlığı vb.) sadece üretim kotalarına odaklanma eğilimindeydi. Eğer sıhhi denetim yalnızca bu Bakanlıkların kendi personeline bırakılsaydı, üretim hedeflerini tutturmak adına işçi sağlığı, havalandırma, zehirli atık yönetimi ve işçi dinlenme alanları göz ardı edilebilecekti. Sağlık Bakanlığı'nın dikey otoritesi, fabrika müdürünün veya ilgili endüstri Bakanının yetkisini aşabiliyordu. Bir devlet sıhhi müfettişi, kurallara uymayan bir fabrikanın üretimini durdurma veya yeni inşa edilen bir tesisin açılışını onaylamama yetkisine sahipti.

3. Sovyet tıp literatüründe bu sisteme "*Kamusal Sıhhi Müfettişlik*" adı verilirdi. Sağlık denetimi sadece devletin memurları (hekimler ve profesyonel müfettişler) tarafından yukarıdan aşağıya yürütülen bir süreç değildi. Bu profesyonel kadronun etrafında, bizzat halkın içinden çıkan, devasa bir gönüllü ordusu kurulmuştu. Fabrikalarda, madenlerde, kolhozlarda (kolektif çiftlikler) ve mahallelerde bizzat orada çalışan ya da yaşayan kişiler arasından kamusal sıhhi müfettişler seçilirdi.

Kızılhaç ve Kızılay komiteleri bu gönüllü müfettişlerin eğitimi ve örgütlenmesinde ana omurgayı oluştururdu. Halk müfettişleri fabrikaların yemekhanelerini, işçi lojmanlarını, çocuk kreşlerini, su kaynaklarını ve fırınları doğrudan denetleme yetkisine sahipti. Hijyen kurallarına uymayan idarecileri uyarma, raporlama ve gerekirse resmi devlet doktorları eliyle cezai işlem başlatma hakları vardı. Bu model, kapitalist ülkelerdeki bürokratik ve halktan kopuk sağlık denetim mekanizmalarının alternatifidir.

OKUMA: BİR BAŞKA YAŞAM – FABRİKA MUTFAKLARI

Geçmişte sosyalistler sosyalizmi, yalnızca kapitalizmin sağladığı olanakların herkese daha eşit dağıtıldığı bir düzen olarak değil, gündelik yaşamın emeğin gereksinimlerine göre yeniden örgütlendiği ve insanlara "*başka bir yaşam*" sunan bir düzen olarak düşlüyorlardı.

Sosyalistler Ekim Devrimi ile Emperyalistler-arası İkinci Savaş arasındaki dönemde, başta eğitim (Makarenko) ve sağlık (Semaşko) olmak üzere yaşamın birçok alanında düşlerini gerçekleştirebilmek için savaştılar.

Bu süreçte yaşanan deneyimler kısa sürede büyük başarılar kazandı ve "*başka bir yaşamın*" mümkün olduğu, karşı düşüncede olanların dahi inkar edemeyeceği bir şekilde kanıtlandı. Ancak 1940'lı yıllarda sekteye uğrayan bu deneyimlerden pek azı günümüze erişebildi. Sovyetler Birliği'nde 1920'li ve 1930'lu yıllarda yaşanan "*Fabrika Mutfaklar*" deneyimi de "sosyalist bir yaşam" düşlerinden biriydi.

PARİS KOMÜNÜ'NDEN EKİM DEVRİMİ'NE DENEYİM AKTARIMI

1920'li yıllarda yarı-feodal, kapitalizmin henüz tam olarak gelişmediği bir coğrafyada iktidara gelen Sovyet hükumeti, Rusya'da sosyalizmin maddi temellerini kurabilmek için "*hızlı*" bir sanayileşme hamlesi yapmak istiyordu. Bu amaçla kadınların "*evlerinden çıkartılması*" ve sanayide istihdam edilmesi istendi. Oysa bu ancak kadınların "*ev işlerinden*" kurtarılmasıyla mümkün olabilirdi.

Ev işleri içinde en çok zaman tüketen iş "*yemek hazırlanmasıydı*". Yemek hazırlama işini sosyalleştirmek amacıyla "*fabrika mutfaklar*" (Фабрика-кухня - Fabrika Kukhnya) kurulmasına karar verildi.

Ancak fabrika mutfağı yanızca bir "*lokantadan*" ibaret olmayacak, aynı zamanda kültürel ve eğlendirici/dinlendirici etkinliklerin de örgütlendiği, içinde alış – veriş yapılabilecek mağazalar, postane, eczane, spor salonları ve kütüphane gibi tesislerin de bulunacağı kompleks yapılar olacaktı.

Kuşkusuz Sovyet devrimciler bu düşünceleri üretirken yarım asır önce Paris Komünü sürecinde yaşanan "*La Marmite*" (Tencere) isimli kooperatif lokantalar deneyiminden yararlandılar.

Paris Komünü'nden birkaç yıl önce Londra'da kurulan *Uluslararası İşçi Birliği*'ne (Birinci Enternasyonal) Fransa'dan katılan cilt işçisi *Eugène Varlin*, 1866 yılında Parisli işçiler için bir gıda kooperatifi (*La Ménagère*) örgütlemişti. Kar amacı gütmeyen kooperatif, "toptan" aldığı gıdaları üyelerine piyasaya göre daha uygun fiyatlarla satıyor, işçilere tasarruf sağlıyordu.

Varlin 1868 yılında gıda kooperatifi yanında, yine üyelerine nitelikli ve ucuz yemek sunacak bir kooperatif lokanta (*La Marmite*) örgütlemeye karar verdi. Parisli işçilere 19 Ocak 1868'de kooperatifin Tıp Fakültesi'nin küçük amfisinde yapılacak Genel Kurulu'na katılmaları için çağrı yapıldı.

Varlin ve kendisi gibi bir cilt işçisi ve Enternasyonal üyesi olan *Nathalie Lemel* ile birlikte Paris'in 6. Bölgesi'ndeki Mazarine caddesi 34 numarada ilk kooperatif lokantayı açtılar (bugün bu adreste bir İtalyan lokantası olan Il Vicolo bulunuyor).

Kooperatifin kısa sürede büyük başarı kazanması üzerine lokanta yine 6. Bölgede Tıp Fakültesi yakınındaki Larrey Caddesi 8 numarada daha geniş bir mekana taşındı (bugün bu adreste 5. Sivil Savunma Birimi bulunuyor).

Daha sonra 1870 yılına kadar biri 4. Bölge (Blancs-Manteaux caddesi 40 numara), biri 14. Bölge (Château caddesi 42 numara) ve diğeri 17. Bölge'de (Berzelius caddesi 20 numara) üç kooperatif lokanta daha açıldı. 1870 yılının ilk altı ayında La Marmite'nin dört kooperatif lokantasının her biri günde 200 kadar emekçiye hizmet sunuyor ve ortalama 200 Frank ciro yapıyordu.

Zaman içinde kooperatif lokantalar sadece yemek yenip kalkılan mekanlar olmaktan çıkarak, yemekten sonra kalarak işçilerin gazete okudukları, sohbetlere katıldıkları mekanlara dönüştü. Nathalie Lemel ve diğer sosyalistler kooperatif lokantaları Parisli işçiler için "*sosyalizm okulları*" haline getirdiler.

Kooperatif lokantalar Paris Komünü boyunca hizmetlerini sürdürdüler. Komün yenildikten sonra komüncüleri katleden sermaye hükumeti, kooperatif lokantaları da kapattı. Ancak Komüncüler arasından İngiltere'ye kaçabilenler Londra'da, Ruppert Caddesi'ndeki bir binada "*Marmite Sociale*" adı altında geleneği sürdürdüler.

SOVYETLER BİRLİĞİNİN FABRİKA MUTFAKLARI

Paris Komünü deneyiminden de esinlenen Sovyetler Birliği, 1920'li yılların ikinci yarısından itibaren hem emekçilerin yemek gereksinimlerini karşılayacak, hem de boş zamanlarını değerlendirmelerine yardımcı olacak fabrika mutfakları inşa etmeye başladılar.

Sovyetler Birliği'nde fabrika mutfakları projesi 1923 yılında "Ulusal Beslenme" örgütü tarafından başlatıldı. Örgütün başında bulunan Artemy Bagratovich Khalatov, ilk fabrika mutfağının işçi evlerinin "*mutfaksız*" inşa edildiği Ivanovo'da açılmasını önerdi.

Fabrika mutfakları genellikle üç veya dört katlı yapılardı:

Bodrum kat soğutucular ve mutfak gereçlerinin saklanacağı odalar, fırın ve çalışanların kıyafetlerini değiştirebileceği odalara ayrılmıştı.

Birinci katta yemeklerin hazırlandığı mutfak, çeşitli gıda testlerinin yapılabildiği bir laboratuvar, ziyaretçilerin palto gibi giysilerini bırakabilecekleri bir vestiyer, gündelik ihtiyaçların bulunabileceği bir alış – veriş mağazası ve ayakta hafif yiyecekler alınabilen bir büfe vardı.

İkinci katta büyük bir yemek salonu ve üçüncü katta danslı eğlenceler gibi etkinliklerin de yapılabileceği geniş bir salon yer alıyordu.

Yaz aylarında masalar binaların "terasına" çıkartılabiliyor, açık havada yemek yenebiliyordu. Emekçiler öğlen ve akşam yemeklerini fabrika mutfaklarında "canlı müzik" eşliğinde yiyebiliyorlardı.

İkinci ve üçüncü katların pencereleri elektrikten tasarruf edebilmek ve ferahlık duygusu yaratmak için yerden – tavana devasa pencereler şeklinde yapılmıştı.

Fabrika mutfaklarında ortalama 400 işçi çalışıyordu.

Fabrika mutfakları bir yandan dışarıda yemek isteyen emekçiler için bir "lokanta" işlevi görürken, diğer yandan bölgesindeki fabrikalar, işyerleri ve kurumlarda çalışan emekçiler için "tabldot"

yemek üretiyordu. Bu kuruluşlara gönderilen tabldot yemekler işçilere kuruluşların yemekhanelerinde sunuluyordu.

1920'li yıllarda herkesin evinde buzdolabı olmadığından, gıdaların uygun şartlarda saklanabilmesi ve evlerde yemek yaparken hijyenik şartların sağlanması çok zor oluyordu. İnsanların sık sık besin zehirlenmelerine ve su ile bulaşan hastalıklara maruz kaldıkları bu yıllarda her gün hekimler tarafından hijyenik yönden denetlenen fabrika mutfakları emekçilere oldukça sağlıklı ve nitelikli (besleyici) bir seçenek sunuyordu.

Fabrika mutfakları emekçiler için temiz lokantalarda sağlıklı (hijyenik kontrol), lezzetli (mesleklerinin ehli aşçılar) ve nitelikli (beslenme uzmanlarının denetimi) gıdalar sağlarken, aynı zamanda "ölçek ekonomisi" ile yemek yemenin maliyetini büyük ölçüde düşürdü.

FABRİKA MUTFAĞI YALNIZCA MUTFAK DEĞİLDİR

Fabrika mutfakları emekçilere sağlıklı, besleyici ve ucuz yemek sunmaktan çok daha önemli iki işlev üstlenmişti:

1. Kadınların üzerine yıkılmış olan ev işlerinin önemli bir bölümünü üstlenerek, kadınların ev dışında çalışarak hayatlarını kazanabilmelerine, sosyal yaşama katılabilmelerine olanak sağlamak.

Bunu 1920'li ve 1930'lu yıllarda en sık duyulan iki sloganda görmek mümkün:

"Кастрюля враг партийной ячейки" – *Tencere parti örgütünün düşmanıdır* ve "Долой горшки и сковородки" – *Kahrolsun tencere ve tavalar*.

2. Emekçilere boş zamanlarını kültürel ve sportif etkinliklere katılarak değerlendirebilecekleri, sosyalleşebilecekleri bir ortam sunmak.

Sovyetler Birliği'nde bu gerçeği ilk kavrayanlardan biri, Sovyetik toplumcu sağlık hizmetinin mimarı ve yeryüzünün ilk Sağlık Bakanı Dr. Nikolay Semaşko oldu.

Semaşko fabrika mutfaklarını "*eski yaşam tarzına fırlatılmış bir bomba*" olarak tanımlıyordu. Fabrika mutfakları bir yandan o güne kadar "*bireysel*" bir konu olarak görülen yemek

hazırlanmasını "*toplumsallaştırırken*", diğer yandan emekçilere kapitalist toplumun sunduğundan (meyhaneler, birahaneler, kafeler vb) farklı bir "*sosyalleşme ortamı*" sağlıyordu.

Tarih Semaşko'yu haklı çıkarttı. Fabrika mutfakları çok kısa süre içinde emekçilerin "yeni" yaşamlarının ayrılmaz bir parçası haline geldi. Yemek için geldikleri fabrika mutfaklarında alış – veriş yapabiliyor, sportif ve kültürel etkinliklere katılabiliyor, kütüphaneden yararlanabiliyor ve gündelik birçok işlerini yapabiliyorlardı.

ADLARI GÜNÜMÜZE ULAŞAN FABRİKA MUTFAKLARI

İlk fabrika mutfağı "*Ulusal Beslenme*" örgütü tarafından 29 Mart 1925'te Ivanovo-Voznesensk şehrinde Krutitskaya Caddesi'ndeki bir basma kumaş fabrikasının eski yurt binasında açıldı.

Bina buzdolaplarının, bulaşık makinelerinin, kurutucuların, mutfak tezgahlarının ve asansörlerin en verimli kullanılabileceği tasarımla yenilendi. Günde 600 kişiye hizmet edebilecek kapasitesi olan mutfakta, aynı zamanda bölgedeki sekiz fabrika kantininde sunulmak üzere hazır yemekler de üretiliyordu.

Binanın bodrum ve birinci katları mutfağa ayrılırken, ikinci katta 285 kişilik bir yemek odası, bir oyun odası ve bir kütüphane yapıldı.

Almanya'dan ithal edilen 19 kazanın hizmete girmesinden sonra önce günde 4 bin - 4 bin 500 kişiye yemek sunabilen fabrika, 3 yıl sonra Ivanovo kentindeki bütün işçilerin dörtte birine yemek çıkartabilecek kapasiteye erişti.

20 yıl mutfak olarak hizmet sunan binanın ikinci katına 1935 yılında Maksim Gorki Şehir Kütüphanesi açıldı. Günümüzde bina 1990'dan beri çocuk kütüphanesi olarak hizmet sunuyor.

İkinci mutfak 1927 Mayıs'ında Nizhny Novgorod'da ve üçüncüsü 1928'de Dnieper Hidroelektrik Santrali'nde açıldı.

Moskova Birinci Fabrika Kantini, 1928 yılında Leningrad Şosesi'nde (Leningradskoe Shosse) açılan çok ünlü bir fabrika mutfağıydı. Moskova'nın Begovoy semtinde Osoaviakhim 1 No'lu Uçak Fabrikası mutfağı olarak 1. Botsinsky Geçidi 7 numarada inşa edilmişti.

Mutfak binası, dönemin önde gelen mimarlarından Aleksei Meshkov tarafından Sovyet modernizmi ruhuyla tasarlanmış ve devrimden önce aristokratların ve entelektüellerin favori mekanı olan "Yar" restoranın önüne inşa edilmişti.

Yemek salonu 1.200 kişi kapasiteliydi ve ayrıca büfesi 250 kişiye hizmet sunabiliyordu. Komplekste aynı zamanda çeşitli mağazalar, bir banka şubesi ve telgraf çekilebilen bir postane de bulunuyordu. Moskova'da 1936 yılına kadar 25 fabrika mutfağı daha açıldı.

Günümüzde fabrika mutfağının binasında Rusya'nın büyük zincir marketlerinden (Fix Price) birinin mağazası bulunuyor.

1929 yılında Sovyetler Birliği'nin ilk kadın mimarı olan Ekaterina Nikolaeivna Maximova'ya Samara'da Maslennikov silah fabrikası işçileri için bir fabrika mutfağı yapma görevi verildi.

Maximova fabrika mutfaklarının kadınları sıkıcı ev işlerinden kurtaracağına ve kadınların erkeklerle eşit bir düzeye taşınmasına hizmet edeceğine inanıyordu (Maximova 1932 yılında henüz 41 yaşındayken bir tren kazasında yaşamını yitirdi).

Maximova mutfağı Sovyetler Birliği'nin işçi – köylü birliğini temsil eden sembolü olan "orak – çekiç" biçiminde (sembol 1918 yılında Sovyet sanatçı Yevgeny Kamzolkin tarafından tasarlanmıştır), iki katlı olarak inşa etti.

Çekiç bölümünün birinci katında mutfak ve teknik tesisler yer alırken, orak bölümünün ilk katında bir vestiyer ve çocuklar, işçiler ve mutfak çalışanları için üç kantin – lokanta bulunuyordu. Mutfakta hazırlanan yemekler çekiç bölümünden orak bölümündeki masalara bir taşıyıcı bant ile taşınıyordu. Günde 9 bin kişiye yemek sunan fabrika mutfağı ayrıca evlerinde yemek isteyenler için günde 3 bin kişilik hazır – yemek üretme kapasitesine sahipti.

Binanın ikinci katında teknik servisler ve idari birimler için odalar bulunuyordu. Birinci kattan ikinci kata renkli camlarla dekore edilmiş 6 ayrı merdivenle çıkılıyordu. Yaz aylarında terasta yemek yenebiliyordu. Binada ayrıca bir spor okulu, postane ve kütüphane bulunuyordu.

2000'li yılların başlarında ülkenin “sosyalist” geçmişini anımsatan binanın yıkılması için çeşitli girişimler oldu fakat daha sonra Volga'daki Devlet Çağdaş Kültür Merkezi'nin bölgedeki bir şubesi olarak kullanılmaya devam edilmesine karar verildi.

Leningrad’da 1930 yılında dört fabrika mutfağı hizmete girdi. Bunlardan en büyüğü 20 bin metrekarelik bir alana sahipti ve Kirovsky bölgesinde yer alan Krasny Putilovets fabrikasına hizmet ediyordu.

Leningrad Vyborg fabrika mutfağı

Ivanovo kentindeki ikinci fabrika mutfağı da (Narpit), 1930 yılında mimar A. A. Zhuravlev tarafından Merkez Meydanı’nda (daha sonra Lenin Meydanı adını aldı) yapıldı ve çok büyük bir merkezin köşeye bakan bölümü olarak 8 Ağustos 1933’de hizmete açıldı. Binada aynı zamanda bir aşçılık okulu ve gıda laboratuvarları da yer alıyordu.

Günde 125 bin kişiye yemek çıkartan mutfağın ürünleri bina içindeki 9 kafeteryada sunuluyordu. Fabrika mutfağı ayrıca bölgedeki diğer fabrika, işyerleri ve kurumlara da yemek gönderiyordu. Bu mutfağın 1930’lu yılların ortalarında Ivanovo şehir nüfusunun yarısından fazlasına hizmet sunduğu tahmin ediliyor.

FABRİKA MUTFAKLARININ YEMEKHANEYE DÖNÜŞMESİ

Sermayenin Emperyalistler-arası Birinci Savaş sonrasında Avrupa’da güçlenen ve kapitalist düzeni tehdit eden sosyalist hareketleri boğmak için harekete geçirdiği faşizmin nefesini ensesinde hisseden Sovyetler Birliği’nde, Emperyalistler-arası İkinci Paylaşım Savaşı’nın başlamasıyla birlikte diğer birçok “sosyal” proje gibi fabrika mutfakları projesi de sekteye uğradı.

1940’lı yıllarda Sovyetler Birliği’nde diğer sanayiler gibi gıda sanayisi de “*askerileşerek*”, diğer bir deyişle ordunun gereksinimleri doğrultusunda “*konserve gıdalar*” üretmeye öncelik vererek, fabrika mutfaklarında üretilen yemeklere oldukça ucuz bir alternatif oluşturdu.

Fabrikalar ve işyerleri fabrika mutfaklarından tabldot yemek almak yerine, işçilere kendi bünyelerinde kurdukları mutfaklarda konserve gıdalar kullanarak daha ucuza yemek çıkartmayı tercih etmeye başladılar.

Savaş yıllarında yaşanan gıda sıkıntısı nedeniyle birçok yemek fabrikasında hizmetler aksadığı için işçiler yeniden evlerinde yemek yapmaya başlamıştı. Fabrika mutfakları içindeki diğer tesisler de mutfaklarda düzenli yemek çıkartılamadığı için kapanmıştı. Böylece işçiler "eski" yaşamlarına dönmek zorunda kaldılar.

Sovyetler Birliği'nde Emperyalistler-arası İkinci Savaş sonrasında fabrika mutfaklarını yeniden 1920'li yılların ruhuyla canlandırmak için ciddi bir çaba olmadı. Savaş yıllarında emekçiler için cazibe merkezleri olmaktan çıkarak sıradan lokantalara dönüşen fabrika mutfakları 1990'lara kadar varlıklarını sürdürdüler. Sosyalizmin çözülmesinden sonra fabrika mutfakları "özel" kişilere verildi ve kapitalist restoranlar halinde yeniden örgütlendiler.

Yalçın Küçük hocadan bir alıntı: Yazımızı Yalçın Küçük hocanın 2010 yılında yayınlanan "*Sovyetler Birliği'nde Sosyalizmin Çözülüşü*" başlıklı kitabından bir alıntıyla bitirmek istiyoruz.

Kitabında Sovyetler Birliği'nde sosyalizmin çözülüşünü çok detaylı bir şekilde analiz eden Yalçın hocanın,

> "*Sovyet sosyalizmi, en çok boş zamanı artıramamakta ve hoşzamana çevirememekte başarısızlığa uğradı. Yeni düzen, burjuva düzeninden ayrı bir boş zaman kullanımı yaratamadı ve hoşzamanın teori ve pratiğini geliştiremedi*" saptamasının önemli olduğunu düşünüyorum.

Aslında "*fabrika mutfaklar*" deneyimi bir yönüyle Yalçın hocanın bu saptamasıyla Sovyetler Birliği'ne haksızlık yaptığını gösteriyor, fakat Emperyalistler-arası İkinci Savaş sonrası dönemde Sovyetler Birliği'nde benimsenen "*yaşam tarzına*" bakıldığında hocaya hak vermemek mümkün değil.

1960'lı ve 1970'li yıllarda Sovyetler Birliği'nin, 1920'lerin "*başka bir yaşam*" düşünden çok uzaklara savrulmuş, sosyalizmin "*yaşamı daha eşit kılmak değil, yeni bir yaşam kurmak*" olduğu gerçeğinden uzaklaşmış olduğu görünüyor.

https://toplumcutip.blogspot.com/2023/04/gecmiste-sosyalistler-sosyalizmi.html

Akif Akalın – Toplumcu Tıp, 29 Nisan 2023

8. Bölüm: SSCB'nin Ulusal Bölgelerinde Sağlık Hizmetleri

Sovyet Anayasası'nın 123. maddesi şöyle der:

> "*SSCB vatandaşlarının milliyetlerine ve ırklarına bakılmaksızın ekonomik, idari, kültürel, toplumsal ve siyasi yaşamın her alanında eşit haklara sahip olması feshedilemez bir yasadır. Vatandaşların ırksal ve ulusal aidiyetlerine bağlı olarak haklarının doğrudan veya dolaylı olarak kısıtlanması veya aksine doğrudan veya dolaylı ayrıcalıklar tanınması, ayrıca ırksal veya ulusal dışlayıcılık, nefret ve küçümseme propagandası yapılması kanunla cezalandırılır*".

Bu ulusal politika, sağlık hizmetleri alanında da uygulanmaktadır. Sovyet ulusal politikasının, burjuva ulusal politikasından ilkesel farkı, yaşamın bütün alanlarında olduğu gibi, topluma sunulan tıbbi hizmetlerin örgütlenmesi alanında da keskin bir şekilde kendini göstermektedir.

Daha önce de belirtildiği gibi, tüm kapitalist ülkelerde emekçi kitlelere yönelik sağlık hizmetleri, son derece yetersiz bir durumdadır. Egemen sınıflar kendi milletlerinden emekçi kitleler söz konusu olduğunda, kendi sınıf çıkarları gereği (iş gücünün korunması, nüfus sorunu, burjuvazinin kendisi için salgın hastalık tehlikesi vb.) bir takım sağlık önlemleri almak zorunda kalmaktadır. Ancak azınlıklar ve özellikle sömürge nüfusu söz konusu olduğunda, egemen ulusların burjuvazisi için yukarıda belirtilen nedenler bir anlam ifade etmediğinden, nüfusun sıhhi ve tıbbi hizmetleri ya tamamen eksiktir, ya da son derece sınırlı ölçüdedir.

Sömürge ülkelerinin sıhhi durumunun kötülüğü herkesin malumudur. Yalnızca tek bir tanıklık sunalım. Malthusçu, yani sosyal faktörün önemini küçümsemeye ve biyolojik faktöre ("aşırı nüfusa") belirleyici bir önem atfetmeye meyilli olan Rajani Kanth Das ("The Problem of Indian Overpopulation" - *Hindistan'ın Aşırı Nüfus Sorunu* kitabının yazarı), Hindistan'da ölüm oranının Avrupa'dan çok daha yüksek olduğunu, Hindistan'ın veba, kolera ve diğer bulaşıcı hastalıkların odağı olduğunu (yazarın sözlerine göre 1901'den 1920'ye kadar vebadan ölenler 9,5 milyon insana ulaşmıştır) yazmaktadır (1).

"*Aşırı nüfus*" kuramının aksine, yazarın küçük bir nüfus yoğunluğunu (kilometrekareye 68 kişi) kabul etmek zorunda kalması ve Hindistan'ın devasa doğal zenginliklerini (tarım arazileri, balık, orman, mineraller vb.) ve "*Hindistan'daki halkların çoğunluğunun sürekli olarak açlık sınırında*

yaşadığını, Hintli kitleler tarafından tüketilen gıda miktarının bir mahkumun gıdasından çok daha az olduğunu", nüfustaki sefaletin ve hastalık gelişiminin üretici güçlerin düşük gelişmişlik düzeyinden kaynaklandığını ve "*Hindistan'ın siyasi bağımsızlığını kaybetmesinin, halkın durumunda moral ve entelektüel bir bozulmaya yol açtığını*" belirten gerçeği not etmek zorunda kalması karakteristiktir.

Malthusçu Das, Hindistan'daki işlerin durumunu ve bu ülkedeki çığlık atan sağlık durumunu hafifletmeye çalışarak böyle söylemektedir. Das'ın Hindistan için çizdiği tablo, son zamanlara kadar değişmeden kalmıştır. 1933 yılında Britanya Hindistanı'nda koleradan 68.318 kişi, 1934'te 199.768, 1935'te 217.162, 1936'da ise 159.712 kişi ölmüştür.

Aynı tablo kapitalist devletlerin diğer kolonilerinde de mevcuttur: Hollanda kolonisi Cava ve Madura'da beş yıl içinde (1931 – 1935) yılda ortalama 12.500 kişi vebadan ölmekteydi; Çinhindi'nde (Fransız kolonisi) her yıl üç bin kişi çiçek hastalığına yakalanmakta, bu hastalıktan yaklaşık bin kişi ölmekteydi. Cezayir, Madagaskar, Fas, Kongo, Tunus'ta, yani Afrika'daki burjuva devletlerin neredeyse tüm kolonilerinde veba eksik olmamaktadır.

İngiltere'de 1936 yılında ölüm hızı binde 12,3 iken, Britanya Hindistanı'nda 22,6'ydı. Londra'da ölüm hızı 1935 yılında binde 11,4 iken, Kalküta'da 28,5, Madras'ta 36,0 idi vb. Ekvator Afrikası'nın bazı bölgelerinde savaş öncesi çocuk ölümleri korkunç bir rakama, yüzde 63,5'e kadar yükseliyordu: çocukların yarısından fazlası yaşamlarının ilk yılında ölüyordu. ABD'nin kuzey eyaletlerinde "beyazların" çocuk ölüm hızı yüzde 6,8 iken, "renklilerin" yüzde 12,3'dü.

Kapitalist devletlerin kolonilerindeki nüfusun sıhhi durumu ve kapitalist metropollerdeki "alt ırkların" sağlık durumu işte böyledir. Bu durum temel olarak sömürge kölelerinin vahşi bir şekilde sömürülmesiyle açıklanır. Ancak her türlü devlet tıbbi yardımının neredeyse tamamen eksik olması da çok büyük bir rol oynamaktadır.

Benzer bir tablo Çarlık Rusyası'nın ulusal eteklerinde de gözlemleniyordu. Bu bölgelerin yerli nüfusuna neredeyse hiç tıbbi yardım sağlanmıyor, yardım yalnızca büyük şehirlerde var oluyordu. Sovyet iktidarı, Sovyet tıp biliminin inşasına neredeyse sıfırdan başlamak zorunda kalmıştır. Bolşevik parti ve Sovyet hükumeti, ekonomik ve kültürel eşitsizliği ortadan kaldırmak amacıyla, ulusal Cumhuriyetlerin ve bölgelerin nüfusuna sunulan tıbbi hizmetlerin büyümesini, kültürel inşayı ve üretici güçlerin daha hızlı gelişmesini sağlamak için her türlü önlemi almıştır.

Ulusal cumhuriyetlerde ve bölgelerde sağlık hizmetlerinin gelişme temposu, sanayi ve kültürel kurumların inşasının gelişme temposu gibi, merkezi bölgelerdeki ve bütün Birlik'teki sağlık hizmetlerinin gelişme temposunu çok aşmıştır:

Sovyet iktidarının 25 yılı boyunca (1917'den 1941'e kadar) SSCB şehirlerinde hastane ağı ortalama 5 kat artarken, Tacikistan SSC'de 75,4 kat, Kırgızistan SSC'de 29,5 kat, Türkmenistan SSC'de 25 kat, Ermenistan SSC'de 25,2 kat vb. artmıştır. Hastane dışı yardım kurumlarının kapasitesi 1913'ten 1941'e kadar SSCB genelinde 11,7 kat artarken, Özbekistan SSC'de 14 kat, Tacikistan SSC'de 18 kat, Kırgızistan SSC'de 26 kat, Ermenistan SSC'de 15 kat vb. artmıştır.

Özellikle anne ve çocuk sağlığını koruma kurumlarının —çocuk ve kadın danışmanlıklarının— büyümesi öğreticidir. Azerbaycan SSC'de 1913 yılında sıfır olan bu kurum sayısı 1941'de 69'a ulaşmıştır; Gürcistan SSC'de sırasıyla 0 ve 126; Ermenistan SSC'de 0 ve 30; Özbekistan'da 0 ve 84; Tacikistan'da 0 ve 23; Kırgızistan'da 0 ve 21; Karelya-Fin SSC'de 0 ve 14 vb. olmuştur. Sağlık hizmetlerinin diğer alanlarında da aynı tablo görülmektedir.

Sonuç olarak, ulusal Cumhuriyetlerin ve bölgelerin nüfusunun sağlık durumu ve bedensel gelişimi hızla iyileşmektedir. Üstelik buralardaki bedensel gelişimdeki değişimlerin temposu, Birlik'in merkez bölgelerine göre çok daha yüksektir.

Ulusal bölgelerde kendi ulusal tıp kadroları yetiştirilmektedir. Tüm Birlik Cumhuriyetlerinde (Karelya-Fin hariç) Yüksek Tıp Eğitimi kurumları (2) kurulmuştur. Nüfusun sağlık kültürü hızla artmakta, karanlık geçmişin sağlığa zararlı kalıntıları ve gelenekleri yok olmaktadır.

Sovyet sağlık hizmetleri, Lenin ve Stalin'in ulusal politikasını böyle uygulamakta, sıhhi açıdan geri kalmış bölgeleri böyle gelişmiş bölgelere dönüştürmektedir. Ulusal bölgelerin nüfusunun maddi ve kültürel düzeyinin, sosyalist inşanın tüm alanlarında yükselmesi, nüfusa sunulan sıhhi ve tıbbi hizmetler alanında bu bölgelerin Avrupa ve Amerika'nın birçok "uygar" ülkesini geride bırakmasını sağlamıştır.

SSCB, dünyada "ulusal sorunu" tam bir eşitlik temelinde çözen tek ülkedir. Sovyet ulusal politikasının ilkeleri, Sovyet sağlık hizmetlerinin kuram ve pratiğinin ayrılmaz bir parçasını oluşturur.

AÇIKLAYICI NOTLAR

1. *Rajani Kanta Das* (1881 - 1960), 20. yüzyılın ilk yarısında yaşamış son derece önemli bir Hintli çalışma ekonomisti, sosyolog ve akademisyendir. Sömürge dönemi Hindistan'ındaki açlık, salgın hastalıklar ve nüfus sorunları üzerine yaptığı küresel nitelikteki çalışmalarla ünlüdür.

2. Uzmanlık eğitimi verilen Eğitim Hastaneleri veya Tıp Fakülteleri.

OKUMA: BİRİNCİ BEŞ YILLIK PLANIN SONUCU OLARAK TATARİSTAN CUMHURİYETİ'NİN SAĞLIK HİZMETLERİ ve ACİL GÖREVLERİ

SSCB'nin sanayileşme için ilk beş yıllık planının ve tarımın sosyalist yeniden örgütlenmesinin uygulanmasıyla elde ettiği muazzam başarılara dayanarak, yakın zamana kadar ekonomik ve kültürel olarak geri kalmış bir dizi ulusal cumhuriyet, bölge ve ilçe, hızla en ileri seviyelere yükseltiliyor. Bu, Lenin'in ulusal politikasının büyük gücüdür; dünyanın dört bir yanındaki proleterlere ve ezilen sömürge halklarına, milyonlarca ulusal kitlenin tam ekonomik, siyasi ve kültürel özgürleşmesinin, kısa bir tarihsel dönemde ilkel ve feodal ekonomik biçimlerden en yüksek sosyalist üretim seviyelerine yükselmesinin ve günlük ve kültürel yaşam biçimlerinde tam bir devrimin tek yolunun proleter devrimi olduğunu göstermektedir.

Tatar Cumhuriyeti, belki de partinin ulusal mesele konusundaki genel çizgisinin doğruluğunun en çarpıcı ve etkileyici örneklerinden biridir. Eskiden Çarlık emperyalizminin bir kolonisi olan, son derece az gelişmiş sanayiye, düşük tarım seviyesine, yerli Tatar nüfusunun ekonomisinde ve günlük yaşamında Orta Çağ kalıntılarına, dini fanatizme ve Rus ve yerli burjuvazi ve toprak sahipleri tarafından en utanmazca sömürüye maruz kalan köylülerin ve Tatar işçilerinin neredeyse evrensel cehaletine sahip olan Tatarya, Ekim Devrimi'nden bu yana geçen yıllarda hızla gelişmiş bir sanayi-tarım sosyalist cumhuriyetine dönüşmüştür.

Bilindiği gibi, Tatar Cumhuriyeti son birkaç yıldır kırsal kesimdeki en önemli ekonomik ve siyasi kampanyaların uygulanmasında ve ekonomik ve mali planında ülke genelinde sürekli olarak birinci sırada yer almıştır. 1933 yılında Tataristan, ilkbahar ekimini tamamlayan ilk bölge oldu ve tarımsal planın yerine getirilmesine ilişkin tüm göstergelerde (ekim kalitesi, nadas alanlarının hazırlanması, makine ve atlı çekişin hazır olması, 1933 hasadı için hasat kampanyasına hazırlık vb.) SSCB'nin diğer tüm bölgelerini geride bıraktı.

Tataristan Bölge Komitesi Yürütme Sekreteri Yoldaş Razumov'un, Bölge Komitesi ortak genel kuruluna sunduğu raporda belirttiği verilere göre, Tataristan'daki kolektif çiftlikler, cumhuriyetteki tüm köylü ürünlerinin %70'inden fazlasını karşılıyor ve ekili alanlarda 1928 yılına kıyasla %16'lık genel bir artış yaşanıyor. 1933 baharında, ekim işlemlerinin başarıyla tamamlanmasının ardından, kolektif çiftlik sisteminin avantajlarını kendi gözleriyle gören 50 binden fazla köylü, bireysel tarım biçimlerinden vazgeçerek kolektif çiftliklere katıldı. Bu süreç devam ediyor. Böylece Tataristan, tarımın tamamen kolektifleştirilmesine yaklaşırken, aynı zamanda kolektif çiftliklerin örgütsel ve

ekonomik olarak güçlendirilmesi, kulakların bir sınıf olarak ortadan kaldırılması ve tarla verimi ile tarımsal işgücü verimliliğinde sürekli bir artış sürecini de sürdürüyor.

Tataristan tarımının teknik altyapısı tanınmayacak kadar değişti: Beş yıllık planın başlangıcında 20 traktör varken, şimdi Tataristan tarlalarını 1.850 traktör sürüyor. 1933 yazından beri 200 biçerdöver faaliyette. Sanayi ve ilkbahar ürünlerinin payı arttı, iyileştirilmiş toprak işleme yöntemleri uygulandı ve tüm ekilebilir arazilerde uygun ürün rotasyonu kuruldu.

Özetle, Partinin sistematik ve somut önderliğinde kırsal kesimde gelişen tüm bu süreçlerin etkisiyle, kulaklara ve onların ajanlarına, sağ ve sol oportünizme, Lenin'in ulusal politikasının çarpıtılmasına karşı mücadele sonucunda, Tatar Cumhuriyeti'ndeki çalışan köylülerin maddi ve yaşam koşulları kökten değişti. Köylülüğün kulaklar, yoksul köylüler ve orta sınıf köylüler olarak bölünmesi nihayet ortadan kaldırıldı, 1928'de %34-35'e ulaşan atsızlık ortadan kaldırıldı, çiftlik başına ekin verimi 1928'deki 4,75 hektardan 1932'de 7,2 hektara çıkarıldı.

Kollektifleştirilmiş sektörde, 1930'da 100 çiftlik başına 55,7 olan inek sayısı 1932'de 74,2'ye yükselmişti ve Yoldaş Razumov'un bir açıklamasına göre, "*Tataristan koşulları altında, tüm kolektif çiftçilere bu yıl içinde, her halükarda gelecek yıl içinde inek edinme görevi verilebilir*". Bütün bunlar, Yoldaş Stalin'in kolektif çiftçileri müreffeh insanlara dönüştürme sloganının gerçekliğini gösteriyor ki, kolektif çiftlik ekonomisinin başarılı gelişimi göz önüne alındığında, bu çok yakın bir geleceğin meselesidir.

Tataristan Cumhuriyeti'nin başarısı sadece tarım alanlarında değil, birçok alanda belirlenmiştir: Birinci beş yıllık plan döneminde Tataristan, sanayi altyapısını yeniden yapılandırarak eski işletmelerini modern teknolojiyle donatmış ve üretim kapasitelerini önemli ölçüde artırmıştır: Zelenyi Dol'daki gemi inşa ve onarım tersanesi, Bondyuzhsky kimya fabrikası, tabakhane, tekstil, keçe, giyim, sabun fabrikaları ve Kazan ile Tataristan Cumhuriyeti'nin ilçelerindeki diğer birçok fabrika ve tesis.

Aynı zamanda bir dizi yeni birinci sınıf işletme (Makine Fabrikası, KazGRES, kontrplak fabrikası) inşa edilmiş ve ağır sanayi devlerinin (Uçak Fabrikası, SK-4, Vagonostroy ve diğerleri) yanı sıra hafif sanayi fabrikaları ve tesislerinin (film fabrikası, asit fabrikası, gıda ve ayakkabı sanayileri ve diğerleri) inşasına başlanmıştır. Yeniden inşa edilen ve yeni kurulan işletmeler Tatarya'yı çoktan dönüştürmüş, profilini sanayi-tarım cumhuriyeti olarak tanımlamış, sanayi proletaryasının yoğun bir

şekilde büyümesini (1928'de 17.500'den 1932'de 46.700'e) ve özellikle de Tatar işçilerinin oranının artmasını (1928'de binde %4'ten 1932'de 19.000'e) sağlamış, aynı zamanda vasıflı Tatar işçilerinin sayısında da artışa ve Tatar proletaryasının teknik ve endüstriyel niteliklerini geliştirme sisteminin sürekli genişlemesine yol açmıştır.

Bu durum, daha önce "kara", vasıfsız işçi sınıfının ötesine geçemeyen Tatar işçisinin görünümünü kökten değiştirmiştir. Tatar Cumhuriyeti'nin sanayileşmesi ve tarımının sosyalist yeniden yapılandırılması, Tatar Cumhuriyeti'ndeki işçilerin ve kolektif çiftlik kitlelerinin maddi refahında daha da bir artışı sağlamıştır.

Ve ulusal biçimde, sosyalist içerikte eşi benzeri görülmemiş bir kültür gelişmesi yaşandı. Bu başarılar, eski rejim altında sözde "yabancıların" maruz kaldığı insanlık dışı sömürü, umutsuz yoksulluk, cehalet ve barbarca muamele göz önüne alındığında özellikle önemlidir. Şu anda Tataristan'da, SSCB genelinde olduğu gibi, işsizlik ortadan kaldırılmış, tüm sektörlerde yedi saatlik iş günü uygulaması getirilmiş, işçiler için büyük ölçekli konut inşaatı başlatılmış (120 binden fazla yeni daire inşa edilmiş), kasaba ve köyler kültürel ve konforlu bir duruma getirilmiş, ücret fonu ve sosyal güvenlik artırılmış, sanatoryumlar, dinlenme evleri, kültür kurumları, kamu yemek hizmetleri vb. bir ağ oluşturulmuştur.

Yanalif sisteminin (yeni alfabe) getirilmesi ve evrensel eğitime olan kararlı bağlılık sayesinde Tataristan Cumhuriyeti'nde okuryazarlık önemli ölçüde artmıştır. Tataristan Cumhuriyeti'nde okul çağındaki tüm çocuklar yüzde 100 oranında eğitime kayıtlıdır; Tatar ilkokullarının sayısı devrimden önce 35 iken 1933'te 1700'e yükselmiştir.

Tataristan'da 37 teknik okul ve 12 üniversite bulunmaktadır. Buralarda yüzlerce Tatar ve etnik azınlık öğrencisi, çeşitli eğitim kurumlarında ana dillerinde grup dersleri alarak elverişli koşullar altında eğitim görmektedir. Daha önce Tatarlar arasında nadir görülen profesör, yazar, sanatçı, besteci, mühendis, öğretmen, doktor ve diğer uzmanlardan oluşan proleter kadrolar büyümüş ve büyümeye devam etmektedir. Bu genç yaratıcı güçler, eşi benzeri görülmemiş bir coşkuyla kültürel alanda çalışarak Tatar edebiyatını, bilimini, teknolojisini, sanatını ve eğitimini zenginleştiriyor ve bunları geniş işçi kitlelerine ulaştırıyor.

Tataristan Cumhuriyeti'nde, Bölgesel Parti Örgütü'nün sağlam Bolşevik liderliği ve sosyalist yapılanma ve ulusal meseledeki parti genel çizgisinin çarpıtılmasına karşı amansız mücadele

sayesinde sağlanan bu genel ekonomik, siyasi ve kültürel yükselişin arka planında, Tataristan Cumhuriyeti'nde sosyalist sağlık hizmetlerinde de benzeri görülmemiş bir büyüme yaşanmaktadır.

Ekim Devrimi'nden önce, eski Kazan vilayeti, sağlık koşulları açısından, sürekli salgınların, yaygın sosyal hastalıkların, periyodik kıtlıkların, batıl inançların, fanatizmin ve şarlatanlığın hüküm sürdüğü bir yerdi. Yerleşim alanları, bariz sağlıksız koşulların bir örneğiydi; en temel toplumsal olanaklar yoktu ve sağlık denetimi tamamen yetersizdi. Hem şehirde hem de köyde geniş işçi kitlelerinin kültürel geri kalmışlığı, yoksulluk, acımasız emek sömürüsü ve ulusal, sınıfsal ve siyasi baskı rejimi, bu çirkin sağlıksız tabloyu tamamlıyor ve olumsuz sonuçlarını büyük ölçüde artırıyordu.

Çiçek hastalığı, sıtma, trahom, parazitik tifüs, uyuz, sifilis, tüberküloz, gastrointestinal enfeksiyonlar, kızıl, difteri ve daha birçok hastalık, eski Kazan Valiliği'nin çalışan nüfusu üzerinde ağır bir etki yaratmış, genel ve bebek ölüm oranlarında yüksek artışlara yol açmış ve bölgedeki Tatar ve etnik azınlık nüfusunu yok olma eşiğine getirmiştir. Bu büyük geri kalmışlık, devasa hastalık ve ölüm oranları, yetersiz bir sağlık kurumları ve özel sağlık hizmetleri ağıyla karşılanmış, kentli çalışan nüfus ve yüz binlerce Tatar köylüsü ise nitelikli veya uzmanlaşmış bakım bir yana, neredeyse hiçbir tıbbi bakımdan mahrum kalmıştır.

Ekim Devrimi'nden bu yana, Sovyet sağlık sisteminde, Tüm Birlik Komünist Partisi'nin (Bolşevikler) programında özetlenen ve çalışma ve yaşam koşullarının iyileştirilmesinde, hastalık ve ölüm oranlarının azaltılmasında, çocukların ve yetişkinlerin fiziksel gelişiminin iyileştirilmesinde ve şehirlerde, sanayi merkezlerinde, kolektif ve devlet çiftliklerinde hijyen koşullarının iyileştirilmesinde ölçülemez sonuçlar veren anıtsal bir gelişme dönemi yaşanmıştır. Birinci Beş Yıllık Plan döneminde, sağlık sistemi Tataristan'da sosyalizmin inşasında doğrudan rol oynamış, tüm kaynaklarıyla sanayi ve mali planı yerine getirmeye ve hastalık ve yaralanmaları azaltmaya yönelik kapsamlı bir önlem sistemi aracılığıyla sanayi ve tarımda iş verimliliğini artırmaya çalışmıştır.

Sağlık otoritelerinin çalışmalarının yeniden yapılandırılması, Tüm Birlik Komünist Partisi (Bolşevikler) Merkez Komitesi'nin 23 Aralık 1932 tarihli "*İşçi ve Köylülerin Sağlık Hizmetleri Hakkında*" Kararnamesine ve partinin ve hükumetin sağlık konularındaki (asgari hijyen, salgın hastalıklarla mücadele, hastalık oranlarının azaltılması, yeni inşaat alanlarında ve büyük sanayi

bölgelerinde hijyen koşullarının iyileştirilmesi, kamu yemek hizmetleri, toplumsal iyileştirmeler vb.) sonraki kararlarına dayanmaktadır.

Bu yönergelerin uygulanması sonucunda, son yıllarda sağlık kuruluşlarının üretime yönelik gerçek bir yönelim göstermesi yönünde önemli bir değişim yaşanmış, tıbbi ağın çalışmalarında proletarya sınıf çizgisini yansıtmış, önde gelen sanayilerde, sanayi merkezlerinde ve yeni inşaat alanlarında çalışanlara nitelikli tıbbi bakım sağlanması iyileştirilmiş, hastalık ve yaralanmalarda azalma sağlanmış, hijyen ve epidemiyolojik hizmetler geliştirilmiş, geniş bir kreş ağı geliştirilmiş, kırsal kesimdeki tıbbi ve hijyenik ağ genişletilmiş, onlarca nitelikli uzman doktor ve orta düzey sağlık personeli ilçelere gönderilmiş, daha önce hiç tıbbi bakımın olmadığı ulusal ilçelerde tamamen yeni bir tıbbi kurum ağı oluşturulmuş, kırsal kesimdeki tüm kitlesel ekonomik ve siyasi kampanyalar için geniş çaplı ve planlı bir şekilde tıbbi bakım organize edilmiştir.

Birinci Beş Yıllık Plan döneminde Tataristan'da sosyalist sağlık hizmetlerinin gelişimine dair somut göstergeler büyük ilgi çekmektedir. Hem Kazan'da hem de ilçelerde bulunan tüm büyük ve önde gelen sanayi işletmeleri, bir sağlık merkezleri ağıyla kapsanmaktadır. 1928'de sekiz olan sağlık merkezi sayısı, Kazan'da 35'e yükselmiş; ilçelerde ise 16 sağlık merkezi tamamen yeniden kurulmuştur. Bu gelişmiş sosyalist sağlık merkezleri, çalışma koşullarında önemli iyileşmeler sağlamış, kamu yemek hizmetlerini geliştirmiş, hijyenik asgari standartları uygulamış, işçi yerleşimlerini ve yurtlarını iyileştirmiş ve bir dizi büyük sanayi işletmesinde (Krasny Metallist fabrikası, Mekhkombinat, Spartak ve diğerleri) hastalık ve yaralanma nedeniyle devamsızlığı azaltmıştır.

Sağlık teşkilatı büyüyerek personel sayısını 34 sağlık doktoru, 30 yardımcı ve 150 kamu sağlık müfettişine çıkardı. Birçok bölgede çiçek hastalığı tamamen ortadan kaldırıldı. 1932'de 10.000 nüfustan 6.423 kişi aşılandı, bu rakam 1928'de 1.045,9 idi; yıl boyunca toplam 1.897.605 aşılama yapıldı.

Parazitik tifüse karşı mücadele, hijyenik tedavi, dezenfeksiyon noktalarının kurulması, kitlesel hijyen kampanyaları vb. şeklinde başlatıldı. Tifüs ve paratifüs hastalıkları, kızıl ve difteriyi önlemek için geniş çaplı aşılama çalışmaları düzenlendi. Sağlık yetkililerinin gözetiminde, sıtma kaynaklarını ortadan kaldırmak için arazi ıslah çalışmaları yürütülüyor. Tataristan genelinde bulaşıcı hastalık yatakları ağı 550'ye çıkarıldı ve bulaşıcı hastaların kapsamlı hastane tedavisine odaklanıldı.

Kazan'da ise en son teknoloji kullanılarak 260 yataklı bölgesel bir bulaşıcı hastalık hastanesi inşa edildi.

Trahom, tüberküloz, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve diğerleri gibi sosyal hastalıklarla mücadelede önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Bu çalışmaları yürütmek için özel dispanserler, istasyonlar ve bölümler kurulmuş, bilimsel rehberlik sağlanmış ve bu faaliyetler için nitelikli personel ve özel kaynaklar tahsis edilmiştir.

Kazan tüberküloz dispanserinden elde edilen verilere göre, tüberküloz ölüm oranı 1924'te 10.000 nüfus başına 30'dan, 1931'de 19,7'ye düşmüştür. Trahom da önemli ölçüde azalmıştır; 1932'de Tataristan'da 10.000 nüfus başına 224,6 ziyaret kaydedilirken, bu rakam 1927'de 422,2 idi. Bu azalma, tıbbi bakımın halka daha yakın olması ve dolayısıyla trahomlu hastaların daha kapsamlı bir şekilde tedavi edilmesi sayesinde gerçekleşmiştir. Uyuz vakaları da Tataristan'ın ilçelerinde 10.000 nüfus başına 1927'de 15,3'ten 1932'de 5,9'a azalmıştır.

Tüm bu rakamlar Tatar Cumhuriyeti'nin sağlık göstergelerinde önemli bir değişime işaret ediyor, ancak mevcut seviye henüz müreffeh bir durumu göstermiyor; aksine, sağlık otoritelerinin salgın ve sosyal hastalıklarla mücadelede karşı karşıya olduğu görevlerin kapsamını ve aciliyetini, kölelik geçmişinin bu zorlu mirasını vurguluyor.

Kadınların üretimde ve sosyo-kültürel ve siyasi faaliyetlerin çeşitli sektörlerinde yaygın olarak yer alması sayesinde, annelik ve çocuk sağlığı önlemleri alanında olağanüstü sonuçlar elde edildi . Danışma merkezlerinin sayısı 1927'de 23 iken 1933'te 47'ye yükseldi; bunların 34'ü ilçelerdeydi ve yüzde 50'si Tatar ilçelerinde bulunuyordu.

Kazan'daki kalıcı kreş sayısı 1927'de 470 kişilik 12'den, 1932'te 2000 çocuk kapasiteli 24'e yükseldi; ilçelerde ise kalıcı kreş sayısı 1610 kişilik kapasiteyle 52'ye çıktı ve Tatar çocuklarının oranı yüzde 40'a yükseldi. Bu da birkaç yıl öncesine kadar bu tür bir kurumu tanımayan Tatar nüfusu arasında kreş sisteminin popülerliğine işaret etmektedir.

Tarım kampanyaları sırasında, mevsimlik etkinlikler devasa bir boyuta ulaşır: 1928'de, ekim ve hasat kampanyası sırasında, sadece 3.870 kişilik kapasiteye sahip 129 fidanlık faaliyet gösterirken, 1932'de 111.179 kişilik kapasiteye sahip yaklaşık 4.000 fidanlık açıldı ve 1933 hasat kampanyasına

hizmet etme planı, 180 bin okul öncesi çağındaki çocuğu kapsayacak şekilde 6 bin mevsimlik fidanlığın kurulmasını öngörüyordu.

Çocuk ve ergen sağlığı alanında, okul öncesi ve okul çağındaki çocuklar arasında kapsamlı sağlık geliştirme faaliyetleri yürüten, çocuklara yönelik önleyici poliklinikler ve sağlık istasyonları noktalarından oluşan bir ağ (toplam 20 adet) kurulmuştur. Yetimhanelerdeki bakım kalitesi iyileştirilmiş ve sınıflandırmaları tamamlanmıştır. Çalışan gençlere hizmet sunmak ve öncü topluluğa önleyici tedbirler ve tıbbi bakım sağlamak için çalışmalar genişletilmiştir.

Tataristan Cumhuriyeti'nde sanatoryum ve kaplıca tedavisi önemli ölçüde gelişmiş olup, şu anda 550 yatak kapasitesine sahiptir (1927'de bu sayı 160 idi); yeni tedavi alanları başarıyla araştırılmakta (Bakir-İşteryakov çamuru, Sarabikulovo'daki kükürtlü sular vb.), bu da Tataristan Cumhuriyeti'nde tatil ve kaplıca tedavisinin önemli ölçüde genişlemesi için umut vaat etmektedir.

Yukarıda belirtilen sağlık ve koruyucu tıp dallarının yanı sıra, nüfus için nitelikli bir sağlık sistemi de gelişmektedir. Kazan'da ilk beş yıllık plan döneminde şehir sağlık "ağı" 415 yatak artarak (1928'deki 1.565'ten 1932'de 1.980'e, klinik kurumlar ağı dahil) enfeksiyon, nöroloji, çocuk ve jinekoloji yataklarının azlığından kaynaklanan bir artış sağlamıştır. Tatar Cumhuriyeti'nin geri kalan sanayi merkezlerinde ise ağ 1928'deki 145'ten 1932'de 215'e yükselmiştir.

Bu büyüme sayesinde, daha önce Rusya'nın ortalama yatak göstergesinin gerisinde kalan Tatar Cumhuriyeti'nin şehir ağı, artık 1.000 nüfus başına ortalama 6,6 yatak seviyesine ulaşmıştır. İlçelerde, 1928'deki 73 hastane sayısı 1932'de 85'e, yatak sayısı ise 2215'ten 2721'e yükseldi. Devrimden önce sadece 2 hastanenin bulunduğu Tatar köylerinde ise hastane sayısı 28'e, yatak sayısı ise 523'e ulaştı.

Ayakta tedavi alanı muazzam bir şekilde büyüyerek, işçi sınıfı bölgelerinde en yaygın ve popüler nitelikli sağlık hizmetlerinden biri haline geldi. Tamamen Ekim Devrimi sonrası sağlık sisteminin bir ürünü olan fizyoterapi, hem Kazan şehrinde hem de ilçelerde elektrik ışığı kılavuzlu çamur terapi odaları şeklinde yaygınlaştı. Birinci beş yıllık plan yıllarında, çoğunlukla işçi sınıfı bölgelerinde olmak üzere yaklaşık 10 yeni röntgen odası kuruldu; toplamda Tataristan'da devrimden önce 5 - 6 olan röntgen sayısı şimdi 26'ya ulaştı.

Eczane ağı da önemli ölçüde büyüdü; devrim öncesinde 26 olan eczane sayısı 1929'da 50 iken 1932'de 83'e yükseldi ve bunların 46'sı ilçelerde bulunuyor. İlçelerde çok sayıda yeni hastane, eczane, kreş ve poliklinik inşaatı devam ediyor, bazıları ise hizmete hazır durumda (Zelenodolsk hastanesi 75 yatak kapasiteli).

Tataristan Cumhuriyeti'nin sağlık hizmetlerindeki özellikle önemli ve esasen yeni bir faktör, son yıllarda tarımsal hasat kampanyaları için sağlanan sağlık hizmetleridir. 1932 ekim ve hasat kampanyaları sırasında 75 sağlık ekibi görevlendirildi, 1274 ilk yardım istasyonu açıldı ve kısa süreli kurslarda özel olarak eğitilmiş kolektif çiftçilerden 1604 sağlık noktası oluşturuldu.

1933 yılına ait eksik verilere göre, Tataristan Halk Sağlık Komiserliği, ekim ve hasat kampanyaları sırasında orta düzey sağlık personeli veya son sınıf tıp öğrencilerinden oluşan 1.230 sağlık ekibi ve tarlalarda çalışan tüm kolektif çiftlik ve iş ekiplerini kapsayan 8 binden fazla sağlık noktası oluşturdu. Kazan'dan ve en büyük bölgesel merkezlerden en iyi tıbbi ve bilimsel kaynaklar ekiplere aktif olarak katıldı.

On sekiz profesör ve doçent, hasat mevsiminde Tataristan tarlalarında çalışmak için yaz tatillerini değerlendirme arzusunu dile getirdi. Tataristan ile Orta Volga bölgesi, Odessa ve Dnipropetrovsk bölgeleri arasındaki sosyalist rekabet, sağlık çalışanları arasında geniş bir coşku dalgası yarattı ve bu çalışanlar, hasadı tamamlamak ve tahılı devlete planlanandan önce teslim etmek için ilk kez birleşik bir cephe olarak mücadele etmek üzere seferber oldular.

Tataristan Cumhuriyeti'ndeki sağlık sisteminin başarıları, her nitelikteki sağlık çalışanlarının sayısında da artışla birlikte gerçekleşti. Birinci beş yıllık planın (1928) başlangıcında Tataristan Cumhuriyeti'nde 740 doktor vardı ve bunların 44'ü Tatar'dı; 1 Ocak 1933'te ise Tataristan Cumhuriyeti'ndeki doktor sayısı 977 olarak tahmin ediliyordu ve bunların 127'si Tatar'dı ki bu da toplam doktor sayısının yüzde 13'ünü oluşturuyordu.

Devrimden önce, eski Kazan Valiliği'nde sadece 379 doktor vardı ve Tatar doktorların sayısı kelimenin tam anlamıyla tek haneli rakamlardaydı (5 - 6 kişi). Orta düzey sağlık personeli sayısı 1928'de 1.461'den 1932'de 2.117'ye yükseldi ve personelinin yüzde 14'ü Tatar'dı. Hem sosyal sınıf ve milliyet açısından hem de uzmanlık nitelikleri açısından sağlık personelinin kalitesi, orta ve yüksek tıp okullarındaki eğitim düzenlemelerinin iyileştirilmesi ve ileri eğitim enstitülerinde sağlık personelinin sistematik olarak geliştirilmesi sayesinde önemli ölçüde iyileşmiştir (örneğin, yalnızca

1932 yılında 101 çevre doktoru ileri eğitim kurslarını tamamlamıştır). Bölgelere doktor temin etme konusundaki yoğun çabalar sayesinde, 456 tam zamanlı doktor pozisyonunun 421'i doldurulmuştur (35 kişilik bir açık bulunmaktadır) ve artık ilçe hastanelerinde iki veya üç doktorun, genellikle klinik eğitimli uzmanların bulunması yaygın bir durumdur.

Beş yıllık plan süresince, Tatnarkomzdrav (Tataristan Sağlık Halk Komiserliği) enstitülerinin ve Kazan yüksek tıp okullarının araştırma ve uygulamalı çalışmaları genişletildi. Şu anda Tatnarkomzdrav sisteminde şu enstitüler bulunmaktadır:

a) Sağlık hizmetleri organizasyonu, konut ve toplumsal sanitasyon, iş hijyeni, OMM, OZD ve GT, sağlık merkezi ve sanatoryum-teknik propaganda bölümlerine sahip Sosyalist Sağlık ve Hijyen,
b) Mikrobiyoloji,
c) Tüberküloz,
d) Kan Transfüzyon Enstitüsü'nün bir şubesi.

Ayrıca, Kazan Devlet Tıp Enstitüsü ve Lenin Devlet İleri Tıp Çalışmaları Enstitüsü, Tatnarkomzdrav ile yakın temas halinde ve sosyal düzenine ilişkin bir dizi konuda araştırma ve tedavi-koruyuculuk çalışmalarını yürütmektedir. İyi donanımlı klinikleri, laboratuvarları, ofisleri ve müzeleriyle tıp biliminin tüm alanlarında güçlü araştırma temelleri sağlayan bu enstitüler, kritik ve karmaşık vakalarda yetkili danışmanlıklar, uzman yetiştirme vb. yoluyla sağlık hizmetlerinin geliştirilmesindeki belirli sorunların çözümünde önemli yardımlar sağlamaktadır. Bu enstitülerdeki araştırmalar sistematik olarak entegre edilmiş olup, sağlık otoritelerine karmaşık pratik sorunlarına bilimsel çözümler sunmaktadır. Bilimsel konuları geliştirmenin yanı sıra, bu enstitülerin tümü kendi alanlarında kapsamlı ve giderek daha kapsamlı pratik çalışmalar yürütmektedir.

Tula Cumhuriyeti'nin sağlık hizmetleri bütçesi, 1928'de 5.900.000 rubleden 1932'de 17.379.000 rubleye yükseldi; bu artışın 8.421.500 rublelik kısmı yerel bütçeden karşılandı. Fonlardaki bu artış, sağlık hizmetleri ağının genişletilmesini, kalitesinin iyileştirilmesini ve bir dizi büyük ölçekli inşaat projesinin ve eski sağlık tesislerinin yenilenmesini mümkün kıldı.

Beş yıllık planın başarılı bir şekilde uygulanması sonucunda, Tataristan Cumhuriyeti'nin sağlık sistemi, sosyalist yapılanmanın güçlü bir unsuru ve Tataristan Cumhuriyeti'ndeki işçi sınıfının ve kolektif tarım köylülerinin sosyo-kültürel ihtiyaçlarının karşılanmasında etkili bir rol oynayarak ikinci beş yıllık plana girdi.

Tüm bu noktalar, Tataristan Sağlık Halk Komiseri Yoldaş S. M. Kurbangaleyev'in 3 - 11 Mart 1933 tarihleri arasında Kazan'da düzenlenen Cumhuriyet Bölgesel Sağlık Müdürlükleri Kongresi'nde ve 11 - 17 Haziran 1933 tarihleri arasında Tataristan ve komşu Cumhuriyetler ile Bölgelerin doktorlarının Bölgesel Bilimsel Kongresi'nde sunduğu raporda ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

Bu kongrelerin ilkinde, TNKZ (Tatnarkomzdrav - Tataristan Sağlık Halk Komiserliği) müfettişleri ve Bilim Enstitüsü çalışanları, Tatar Cumhuriyeti'ndeki tıp ve sağlık işlerinin bireysel yönlerinin durumunu ve karşı karşıya oldukları görevleri açıklayan, ana raporu geliştirip tamamlayan çok ayrıntılı raporlar sunmuşlardır. Bunlar arasında, TNKZ tıp müfettişi Dr. S. I. Stepanchenko'nun 1933 ekim ve hasat kampanyaları için tıbbi hizmet planı hakkındaki raporu; TNKZ sağlık müfettişi Dr. I. A. Kazantsev'in sağlık teşkilatının görevleri hakkındaki raporu yer almaktadır.

- TNKZ Fidanlık Dairesi Başkanı Yoldaş Tagirova, 1933 tarım seferberliği için fidanlık hizmetleri planı hakkında;
- Planlama Müfettişi Dr. Sorokin, özel çiftlikler hakkında;
- Tatar Eczacılık Dairesi Müdürü Yoldaş Akchurin, eczacılık işletmesinin durumu ve ilaç temini alanındaki görevler hakkında;
- Tümen Karargahı Eğitmeni Dr. V. N. Pomosov, askere alınmadan önceki çalışmalar hakkında;
- Profesör I. N. Olesov, cinsel yolla bulaşan hastalıklarla mücadele görevleri hakkında;
- Profesör A. N. Murzin, trahomla mücadele durumu ve bu alandaki görevler hakkında;
- Dr. P. V. Dezideryev, tüberkülozla mücadele tedbirleri hakkında;
- Dr. S. F. Nemshilova, salgın hastalıklarla mücadele hakkında raporlar sunmuşlardır.

Doktorlar kongresinde, teorik ve klinik tıp hakkındaki raporların yanı sıra, sağlık hizmetlerinin örgütsel konularına ilişkin kapsamlı bir dizi rapor sunuldu. Bu konular arasında, kırsal sağlık hizmetleri, trahom ve cinsel yolla bulaşan hastalıklarla mücadele gibi ilçe sağlık müdürlükleri kongresinden bilinen konulara ek olarak, kanserle mücadele (Prof. R. Ya. Gasul), bulaşıcı hastalıklarla mücadele tedbirleri (Prof. B. A. Volter ve F. G. Mukhamedyarov), akut çocukluk çağı bulaşıcı hastalıkları ve yaz ishalinin önlenmesi (Prof. A. F. Agafonov ve V. K. Menshikov) ve sağlık merkezleri ile tedavi merkezlerinin rolü ve görevleri hakkında özel raporlar yer aldı.

TNKZdrav'ın hastalık ve yaralanmaları azaltmaya yönelik kurumları (Prof. S. M. Schwartz), vitamin eksiklikleri ve bunların önlenmesi (Prof. E. M. Lepsky), sağlık sektöründe hijyenik ve teknik propaganda (Dr. Vekslin), ergenler arasında sağlık çalışmaları (Doçent A. I. Smirnov, Dr. S. M. Markuzinek, vb.) konuları ele alındı. Tıp kongresinin gündeminde geniş yer bulan konular arasında, tıpta Marksist-Leninist metodoloji (K. V. Volkov Yadrin, Çuv. SSC) ve sağlık ve tıp sektöründe ideolojik mücadele ve dünya görüşünün netliği (T. D. Epshtein) yer aldı.

Listelediğimiz tüm raporların ayırt edici özelliği, gündeme getirilen konuların sağlık yetkililerinin günlük çalışmalarıyla ilgili olması, teori ile pratiğin yakın bağlantısı ve Tataristan'daki sağlık hizmetlerinin bireysel aşamalarında hala var olan sayısız eksikliğe yönelik Bolşevik eleştirisiydi.

Yoldaş S. M. Kurban Galeyev ve diğer bazı konuşmacılar, raporlarının ikinci bölümünde bu eksiklikleri ayrıntılı olarak ele aldılar. Sahadan yaptıkları konuşmalarda, konuşmacıların görüşleri hem olumlu hem de özellikle yerel sağlık hizmetlerinin eksiklikleri açısından genişletildi. Tver Cumhuriyeti'nin tüm sosyalist sağlık topluluğunu bir araya getiren bu iki kongredeki kapsamlı görüş alışverişinden, sağlık yetkilileri, hekimler ve tüm sağlık personeli için yakın geleceğe yönelik bir eylem programı haline gelen kararlar formüle edildi.

Tataristan Cumhuriyeti'nde sağlık hizmetlerinin daha da geliştirilmesi hangi ana çizgiler doğrultusunda planlanmaktadır?

Elbette, bu her şeyden önce, sağlık hizmetleri ile üretim, sanayi ve tarımın ihtiyaçları arasında daha da yakın bir bağlantı kurulması ve nitelikli ve uzmanlaşmış tıbbi bakım ile hijyen ve koruyucu hizmetlerin işçilere ve kolektif çiftlik çalışanlarına daha da yakınlaştırılması yönünde bir çizgidir.

Bu, mevcut ağın güçlendirilmesi ve yeni sağlık merkezleri, klinikler, hastaneler, diş muayenehaneleri, tüberküloz ve venöz hastalık merkezleri, sıtma istasyonları, dezenfeksiyon noktaları ve hijyen ve bakteriyoloji laboratuvarlarının planlı bir şekilde kurulması; kalıcı kreşlerin, doğum öncesi ve çocuk kliniklerinin ve sağlık ve güvenlik merkezlerinin sayısının artırılması; sanayi merkezlerinde, fabrikalarda ve tesislerde, işçi yurtlarında ve yerleşim yerlerinde, toplu yemek işletmelerinde, makine ve traktör istasyonlarında ve kolektif ve devlet çiftliklerinde hijyen organizasyonunun ve bir dizi salgınla mücadele ve sağlık iyileştirme önleminin güçlendirilmesi anlamına gelir.

Tüm bu sağlık önlemlerinin uygulanmasında proletarya sınıf çizgisi ve Leninist ulusal politikanın zorunlu olarak dikkate alınması gerekmektedir. Dahası, bu aşamada en acil görev, elbette sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere, ekonomik ve kültürel gelişmenin tüm alanlarında kaliteyi iyileştirmektir.

Bu, Parti sloganına uygun olarak, ne yazık ki birçok sağlık kurumumuzda yaygın olan hastalara karşı duyarsız, yoldaşlık dışı tutumu ortadan kaldırmak, ayakta ve yatarak tedavi hizmetlerinde kuyrukları ve haksız retleri ortadan kaldırmak ve sağlık hizmetlerinin tüm seviyelerinde -ayakta tedavi klinikleri, hastaneler, kreşler, danışma merkezleri ve sağlık denetimi- tıbbi bakım ve sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirmek son derece önemlidir.

Sağlık otoriteleri, tüm Bolşevik tutarlılığıyla, başta önde gelen sanayilerde çalışanlar, kolektif çiftçiler, devlet çiftlikleri ve makine ve traktör istasyonu işçileri olmak üzere işçilere öncelikli muamele sağlamalı, üretim ve sosyalist alanlardaki ağır işlerde çalışanlara öncelik ve en nitelikli bakımı (fizyoterapi, kaplıca tedavisi, klinik bakım, diyet tedavisi vb.) sunmalıdır. Tıp kurumları, kreşler, klinikler, sanatoryumlar vb., düzen ve temizlik, net iş organizasyonu, yüksek iş disiplini, doğru güç dengesi ve her çalışanın kendisine verilen işe karşı kişisel sorumluluğu konusunda örnek teşkil etmelidir. Tüm bunlar, iyi yönetim, güçlü komuta birliği ve nitelikli personel ile birleştiğinde, tüm tıbbi ve hijyenik çalışmalarda kalitenin artmasını sağlamalı ve bunun için gerekli tüm koşullar sağlanmalıdır.

Üretimle daha yakın bağlar kurmak amacıyla, ilçe sağlık kongresi, tıbbi kurumları ve bireysel sağlık çalışanlarını belirli işletmelere, devlet çiftliklerine, makine ve traktör istasyonlarına ve bireysel kolektif çiftliklere atamaya karar verdi. Yerel sağlık yetkilileri ve tıbbi kurumlar, hizmet verdikleri tüm sanayi ve tarım tesislerinde hastalık ve yaralanma oranlarını azaltmak için operasyonel planlar hazırlamalı, bu hedeflere ulaşmak için mücadelenin tüm aşamalarını yönlendirmeli ve uygulanmasını izlemelidir.

Bu hedefe ulaşmanın son derece etkili bir yolu, asgari hijyen standartlarının militan, Bolşevik tarzı uygulanması, Tüm Birlik Komünist Partisi (Bolşevikler) Bölge Komitesi ve Tula Cumhuriyeti Hükümeti'nin kırsal kalkınmaya ilişkin önemli kararının uygulanması ve işçi kitleleri arasında sağlıklı bir kültürün aşılanmasıdır.

Tüm bu faaliyetler, proleter ve kolektif çiftlik topluluğunu sağlık hizmetleri konusu etrafında seferber etmeyi, belediyelerin sağlık birimlerinin, yardım gruplarının, kamu sağlık müfettişlerinin, sağlık birimlerinin, ROKK'nın, Komsomol'un ve diğer kamu örgütlerinin çalışmalarını artırmayı içerir.

Sağlık yetkililerinin en önemli görevi, ekim ve hasat dönemleri için tıbbi hizmetlerin örgütlenmesidir. Bu, devlet çiftlikleri, makine ve traktör istasyonları ve kolektif çiftliklerin üretim planlarına sağlık planlarının azami ölçüde uyarlanmasını, fidanlık ağlarının genişletilmesini, hijyen ve epidemiyolojik önlemlerin uygulanmasını, tarlalarda ilk yardımın ve ardından sağlık kurumlarında nitelikli tıbbi bakımın organize edilmesini, gıda teminini, güvenli içme suyu sağlanmasını ve daha birçok şeyi içerir. Son yıllardaki deneyimler, Tatar Halk Sağlık Komiserliği ve ilçe sağlık müdürlüklerinin, personel ve kaynakları seferber ederek ve gerçekten büyük ölçekli çalışmalar başlatarak, tarım alanındaki saha çalışmalarını destekleme konusunda büyük bir esneklik ve verimlilik sergilediğini göstermiştir.

Kongrenin bu konudaki kararlarına dayanarak, 1933 ekim ve hasat kampanyaları sağlık yetkilileri tarafından titiz bir plana göre yönetildi. Ayrıntılı yönergeler ve hedef rakamlar yerel olarak dağıtıldı. Ekipler özel bilgilendirme toplantılarında önceden eğitildi ve çalışmalarını yürütmek için gerekli tüm malzemelerle donatıldı. En iyi güçler etkilenen bölgelere gönderildi. Tüm bunlar, tarlalarda sağlanan nitelikli tıbbi bakım açısından doğrudan sonuçlara ek olarak, yerel sağlık hizmetlerinin prestijini artırdı ve kırsal alanlarda temel sağlık önlemlerinin daha başarılı bir şekilde uygulanmasını kolaylaştırdı.

Tatar Cumhuriyeti'nin henüz çözüme kavuşturulmamış görevlerinden biri, özellikle salgın ve sosyal hastalıklarla mücadele olmak üzere, sağlık koşullarının kökten iyileştirilmesidir. Bu alandaki durum hiç de elverişli değildir. Kongre, 1933 yılına kadar, çiçek hastalığının hala varlığını sürdürdüğü bölgelerde tamamen ortadan kaldırılmasını, parazitik tifüs, tifo, mide-bağırsak hastalıkları ve çocuk enfeksiyonlarının salgınlarının önlenmesini ve hızla kontrol altına alınmasını hedeflemiştir. Bu hedeflere ulaşmak için kitlesel sağlık ve hijyen önlemleri, kitlesel aşılama, dezenfektan geliştirme, hamam ve banyo tesislerinin inşası, zamanında ve kapsamlı hastaneye yatırma ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin iyileştirilmesi gerekmektedir.

Okulların, kreşlerin ve çocuk kurumlarının hijyen koşullarına özellikle dikkat edilmektedir.

Bu plan, işçi kitlelerinin sağlığını iyileştirmenin yanı sıra, Tatarlar ve etnik azınlıklar arasında ve Tataristan Cumhuriyeti'nin bazı bölgelerinde hala oldukça yaygın olan sosyal hastalıklarla (trahom, tüberküloz, sifilis, uyuz, uyuşma ve diğerleri) mücadele sorununu da ele almaktadır. Kanser sorunu da ayrı olarak ele alınmıştır. Sosyal hastalıklarla mücadele alanında, hızla değişen yaşam temposunun ve taleplerinin biraz gerisinde kaldığımız açıkça ortaya çıkmıştır.

1933 yılı ve İkinci Beş Yıllık Planın sonraki yılları, kapitalist geçmişin bu kalıntılarına karşı kapsamlı bir saldırı dönemi olmalı; parti, Sovyet, kamu ve sendika örgütlerinin yanı sıra geniş işçi kitlelerinin ve kolektif çiftliklerin dikkatini bu hastalıkların sistematik olarak ortadan kaldırılmasına, fon toplanmasına ve bunlarla mücadele için operasyonel planın ısrarla uygulanmasına yönlendirmelidir.

Sağlık yetkilileri, Tver Cumhuriyeti'nin istikrarlı ekonomik büyümesi ve çalışanların refahının iyileştirilmesi bağlamında, kentsel ve kırsal iyileştirme, kültürel konut, örnek yemek tesisleri ve temizlik konularını tamamen gerçekçi bir hedef olarak ele almalıdır. Kamu sağlığı yetkililerinin çalışmaları, kamu hizmetleri, kamu yemek hizmetleri ve hastalık oranlarının azaltılması vb. konularda hem merkezi hem de bölgesel parti ve hükumet kararnameleri, bu yöndeki ısrarlı talepler için bir temel oluşturabilir.

Tatar Cumhuriyeti'ndeki son derece elverişli koşullar göz önüne alındığında, tüm bu görevlerin yerine getirilmesi, ancak sağlık hizmetlerinin yetenekli bir şekilde operasyonel yönetimi, yeterli, nitelikli ve özverili personelin seçimi ve bu personelin iddialı sağlık görevlerinin uygulanmasına yönelik coşkusunun organize edilmesiyle mümkündür. Bu hayati insan faktörüne büyük önem verilmiştir. Her şeyden önce, sınıf mücadelesinin bir alanı olarak sağlık alanında sınıf uyanıklığı, personelin dikkatli seçimi, sağlık kurumlarındaki sınıf dışı unsurlara karşı acımasız mücadele, teorik ve pratik çalışmalardaki her türlü kusura, kişisel tatmine, iş disiplini ihlallerine ve sosyalist mülkiyetin -tıbbi kurumların mülkiyeti ve kaynaklarının- çalınmasına ve zarar görmesine karşı mücadele, son derece acil bir şekilde gündeme getirilmiştir.

Ayrıca, sağlık çalışanlarının geniş kitleleri arasında siyasi eğitimi artırmak, Marksizm-Leninizm ve sağlık hizmetlerinde parti ruhu ilkesine dayalı mesleklerinin teori ve pratiğini öğrenmek de hayati bir görevdir. Sağlık yetkilileri, tüm sağlık personeli kategorilerinin niteliklerini sistematik olarak geliştirmeli ve yeni personel yetiştirmelidir. Orta düzey sağlık personeli ve halk sağlığı çalışanlarının (halk sağlığı müfettişleri, kreş çalışanları, sağlık ve güvenlik çalışanları,

dezenfektörler, bölgesel sağlık komisyonu çalışanları vb.) eğitim hızının artırılmasına özellikle dikkat edilmelidir.

Kongrenin direktifleri doğrultusunda, Sağlık Halk Komiserliği 1933 ilkbahar ve yaz aylarında şehirden yaklaşık 100 doktoru ilçelerdeki kalıcı görevlere göndererek boş kalan sağlık istasyonlarının çoğunu doldurdu. İlçe sağlık müfettişlerinin niteliğine, seçimine, ilgili kurslar aracılığıyla ileri eğitimlerine ve sağlık yönetimi çalışmalarından sık sık kesintiye uğramalarının ve personel değişiminin ortadan kaldırılmasına özellikle dikkat edildi.

Sağlık personelini iş yerlerinde tutmak ve onlara uygun maddi ve yaşam koşulları sağlamak amacıyla bir dizi önlem planlanmıştır; bunlar öncelikle farklılaştırılmış ödeme sınırları dahilinde geri kalan sağlık çalışanı gruplarının maaşlarının artırılması, maaşların zamanında ödenmesi, sağlık çalışanları için kamuya açık yemek hizmeti düzenlenmesi ve hastanelere bağlı çiftliklerde pay sahibi olmaları, yaşam koşullarının iyileştirilmesi, sistematik bilimsel iş gezileri, iyi performans için ikramiye, daha sorumlu işler ve eğitim için şehre tayin edilmeleri yönündedir.

Kongre, sağlık hizmetlerinin geniş kitlelerin aktif ve yaratıcı girişimleriyle gerekli seviyeye yükseltilebileceğine inanarak, sosyalist rekabeti ve şok çalışmasını kanıtlanmış, son derece etkili sosyalist emek yöntemleri olarak geliştirmeye; bir icat dalgası, rasyonelleştirme önerileri ve teknik iyileştirmeler geliştirmeye çağırdı. Bu aşamada, hastane tesislerinin rasyonel yönetimi ve hasta beslenmesinde önemli bir iyileşme için yerel hastane yan kuruluşlarının (bahçeler, tahıl tarlaları, et ve süt ürünleri üretimi vb.) oluşturulmasına işçilerin dikkati çekildi. Sıkı tasarruf, sağlık hizmetleri için ayrılan fonların uygun kullanımı, iç kaynakların kullanımı, mülk, ilaç ve aletlerin dikkatli kullanımı ve düşük maliyetli ve ekonomik yeni inşaat konuları, sağlık personelinin iradesini ve düşüncelerini odaklaması gereken görevlerdir.

Tataristan Cumhuriyeti'ndeki sağlık kongrelerinde tartışılan çeşitli konuların tamamını veya tarihin sağlık çalışanlarına sunduğu tüm ciddi zorlukları ele almadık. Sadece temel hatları verdik. Bir şey açık: Tataristan Cumhuriyeti'ndeki sosyalist inşanın büyük başarıları üzerine kurulu Tatar sağlık sistemi, başlıca zorluklarını geride bıraktı.

Göstergeler açısından savaş öncesi seviyeleri aşarak, yeniden inşa edilen bir dizi tıbbi ve önleyici kurum şeklinde muazzam bir sermaye biriktirerek ve en önemlisi, devrim öncesine göre temelde farklı bir siyasi ve sınıf temeli üzerinde, binlerce hevesli ve nitelikli sağlık çalışanıyla, büyük

Komünist Parti'nin kanıtlanmış Leninist liderliği altında Tataristan Cumhuriyeti sağlık otoriteleri, yeni sosyalist toplumun insanlarının daha önce egemen olan salgın hastalıklar, kitlesel hastalıklar, yaygın ölümler ve fiziksel ve zihinsel gerileme unsurlarını alt edeceği sağlıklı ve kültürel bir yaşamın kalelerini fethedecektir.

https://kazanmedjournal.ru/kazanmedj/article/view/89786

Tevel Davidoviç Epstein – Kazan Tıp Dergisi, 15 Ağustos 1933

9. Bölüm: SSCB'de Sosyal Sigorta

Faşizm öncesi Almanya, devlet sosyal sigortasının ana vatanı olarak kabul edilirdi. Ve gerçekten de Almanya, bu devlet tedbirini hayata geçiren ilk ülkeydi. Ancak bu tedbirin karakterine, kuruluşundaki kusur yansımıştı.

Almanya'da hastalık sigortasının getirilmesinden önce, 1881 yılında Reichstag'a sunulan imparatorluk mesajında "*demir Şansölye*" Bismarck (1), imparatorun ağzından şöyle diyordu:

> "*Toplumsal felaketlerin tedavisini yalnızca sosyal demokrat* (2) *tezahürlerin bastırılması yolunda değil, aynı zamanda işçilerin refahının olumlu yönde teşvik edilmesi yolunda da aramak gerekir*".

Almanya'da devlet hastalık sigortası 1883 yılında doğdu. Böylece Bismarck, işçilerin devrimci hareketiyle iki eliyle birden savaşıyordu: bir elinde "*kamçı*" (sosyal demokrat hareketlerin bastırılması), diğer elinde "*havuç*" (işçilerin refahının teşvik edilmesi) tutuyordu (3). İkinci taviz (havuç), işçileri "*devrimci hareketlerden*" uzaklaştırmak için gerekliydi.

Sosyal sigorta, yürürlüğe konduğu tüm kapitalist ülkelerde, iktidardaki sınıfların, işçilerin devrimci hareketinin karşısında gösterdiği bu zoraki *taviz* karakterini taşır. Ve bu durum, tüm burjuva ülkelerinde devlet sosyal sigortasının örgütlenmesinde iz bırakır.

Her şeyden önce, devlet sosyal sigortasının yürürlükte olduğu dünyadaki hiçbir burjuva ülkesinde, bu sigorta, ücretli çalışanların tümünü kapsamaz: sigortaya tabi olanlar esas olarak büyük sanayi işletmelerinin işçileridir, tarım işçileri kural olarak sigorta kapsamına girmezler.

Bu durum aynı zamanda sosyal sigortanın kökenine de tanıklık eder: politik olarak daha gelişmiş ve daha örgütlü olan büyük işletmelerin işçileri, bu zoraki tavizi burjuvaziden koparıp almışlardır; dağınık ve ezilmiş tarım proleterleri bunu elde edememiştir.

İkincisi, her yerde, tüm burjuva devletlerde (devlet sosyal sigortasından bahsedilen yerlerde) bir dereceye kadar (daha büyük ölçüde hastalık sigortasında, daha az ölçüde kazalarda) işçiler, esas olarak işçi kesintilerinden oluşan sigorta fonlarına kesinti yapmak zorundadırlar.

Üçüncüsü, sigorta organlarının yönetimi fiilen girişimcilerin ellerindedir; bu durum girişimcilere, kendilerine hoş gelmeyen işçilerle siyasi hesaplaşmalar yürütme ve işçi kitleleri arasında nifak sokma imkanı verir. Kapitalist ülkelerdeki sigorta olgusunun durumunu karakterize eden temel özellikler (diğerleri —ödeme süreleri, yardımların miktarı vb.— bir yana) bunlardır.

SSCB'de sosyal sigorta tamamen farklı bir şekilde örgütlenmiştir. Sovyet Anayasası'nın 120. maddesi şöyle der:

> "*SSCB vatandaşları yaşlılıkta, ayrıca hastalık ve çalışma gücünün kaybı durumlarında maddi güvence hakkına sahiptir*".

Bu hakkı güvence altına alan unsurlar, devlet hesabına işçi ve memurların sosyal sigortasının geniş ölçüde geliştirilmesi, emekçilere ücretsiz tıbbi yardım sağlanması, emekçilerin kullanımına geniş bir tatil köyleri ağının tahsis edilmesidir.

Böylece SSCB'de şehirlerde olduğu kadar, kırsal kesimdeki tüm ücretli çalışan işçi ve memurlar da devlet sosyal sigortasına tabidir. Devlet sosyal sigortası, devlet hesabına yürütülür. Sigortalıların kendileri, sosyal sigorta fonlarına herhangi bir aidat ödemekten muaftır.

Sigorta organları özyönetim ilkelerine göre çalışır. 1933 yılından itibaren sosyal sigorta, *sendikalara* devredilmiştir. Hiç kimse sendikaların sigortacılık faaliyetlerine herhangi bir baskı uygulamamakta ve müdahale etmemektedir.

Sosyal sigortanın örgütlenmesindeki diğer yönler —yardımların ödenme süreleri, yardımların miktarı vb.— de, aynı ölçüde kapitalist ülkelerdekinden farklıdır.

SSCB'de sosyal sigorta, kapitalist ülkelerdeki kuruluşundan ilkesel olarak farklı ilkeler üzerine kurulmuştur. Sosyal sigortanın emekçilerin yaşamında devasa bir önemi vardır:

SSCB'de devlet, sosyal sigortası fonları hesabından, sadece hastalıklara ve iş kazası geçirenlere yardımlar, yaşlılık ve maluliyet yardımları, analık yardımları ödenmekle kalmaz, aynı zamanda emekçilerin diğer son derece önemli ihtiyaçlarının karşılanmasına da yardım edilir — önemli kaynaklar sanatoryumlara ve dinlenme evlerine, konut inşaatına, çocuk nüfusunun hizmetine (öncü kamplarının kurulmasına vb.), sigortalılar için tedavi-profilaksi yardımlarına vb. ayrılır.

Devlet sosyal sigortasının bütçesi 1946 yılında 7,3 milyar ruble gibi devasa bir toplama ulaşmıştır. SSCB'de devlet sosyal sigortasının emekçilere sağladığı yardımın hacmi budur. Ve SSCB'deki bu örgütlenmenin, kapitalist ülkelerdeki burjuvazinin işçilere yönelik "havuç" niteliğindeki "zoraki tavizinden" farkı budur.

Bu farklılığın kökeni nerededir?

Bu köken, defalarca dile getirilen hususdadır: SSCB'de sosyalist düzen, dışarıda ise kapitalist düzen bulunmaktadır.

AÇIKLAYICI NOTLAR

1. *Otto von Bismarck* (1815 – 1898), Yeni Almanya'yı "*kan ve demir*" politikasına göre kuracağını söylediği için kendisine *Demir Şansölye* adı verilmiştir. Siyasetin diplomatik tartışmalar veya çoğunluk kararlarıyla değil, askeri güç (*kan* - Blut) ve sanayi/silah gücü (*demir* - Eisen) yardımıyla yapılacağını ifade eden bir slogandır.

Danimarka, Avusturya ve Fransa'ya karşı kazandığı kısa ve net savaşlarla Alman devletlerini Prusya liderliğinde tek bir çatı altında birleştirdi.

2. 1880'li yıllarda işçi sınıfı partileri, kendilerini "*sosyal demokrat*" olarak tanımlıyorlardı. Alman Sosyal Demokrat İşçi Partisi'nin Emperyalistler-arası Birinci Savaş'ta kendi burjuvazisinin yanında yer alarak, hükumetin savaş bütçesine parlamentoda kabul oyu vermesiyle başlayan ihanet sürecine karşı Rusya Sosyal Demokrat İşçi Partisi, Lenin'in inisiyatifiyle, kendisini "komünist" olarak tanımlamaya başladı. Daha sonra Leninist partiler isimlerini değiştirerek Komünist Parti adını aldılar.

3. İşçilerin 19. yüzyılın ikinci yarısında Alman Sosyal Demokrat İşçi Partisi'ne yönelmesi üzerine, işçiler için sosyal sigorta getirdi.

OKUMA: EMEKÇİLER ve RUSYA'NIN TATİL KÖYLERİ

Oldukça soğuk ve sert bir iklimi olan Rusya'nın en ılıman bölgesi, Karadeniz sahilleridir. Bu sahiller Rusya halklarını yüzyıllarca boyunduruk altında tutan Çar'ın ailesine, soylulara, yüksek devlet bürokratlarına, sermayedarlara ve büyük toprak sahiplerine tatil olanakları sunmuştur.

Karadeniz sahillerinin sağlık açısından önemi, Rus doğa bilimcileri ve hekimlerinin 29 – 30 Ağustos 1883'te bölgeye bir kongre için gelmeleriyle ortaya çıkmıştır. Kırım merkezindeki Yevpatoria'yı ziyaret eden bilim insanları, bölgede iklimin özellikle dönemin en önemli hastalığı olan veremin tedavisi için çok elverişli olduğunu fark etmişlerdir. Doktor Pavel Andrianovich Dobychin'in, gezi izlenimlerini dönemin ünlü tıbbi yayın organı Vrachebnye Vedomosti (Tıp Haberleri) gazetesinde (Ekim-Kasım 1883) paylaşmasıyla, Yevpatoria tatil beldesindeki tedavi olanakları bilinir hale gelmiştir.

1917 Ekim Devrimi ile iktidara gelen Bolşeviklerin, devrimden yıllar önce Rusya'da emekçiler için tatil köyleri oluşturma düşüncesi (veya hayali) vardı. Bu hayal ilk kez 31 Ekim 1918 tarihinde RSFSC Halk Komiserleri Konseyi'nin kabul ettiği, İşçilerin Sosyal Güvenliği Hakkında Yönetmelik'te, sanatoryum - tatil köyü tedavisi kavramının Sovyet mevzuatına girmesiyle yaşam buldu. Böylece sanatoryum ve tatil köyleri, bir "tıbbi bakım türü" olarak yasal güvence altına alınmış oldu.

Tatil köyleri 13 Mart 1919'daki Halk Komiserleri Konseyi toplantısında Sağlık Halk Komiseri Dr. Nikolay Aleksandroviç Semaşko tarafından yeniden gündeme getirildi ve 20 Mart 1919 tarihli "Ulusal Öneme Haiz Tıbbi Alanlar Hakkında" kararname ile fikir ete kemiğe büründü.

Kararnameye göre ülkedeki bütün tatil köyleri devletleştirilecek ve emekçilerin hizmetine sunulacaktı. Sovyetler Birliği'nde tatil köyleri işletmeciliğini geliştirmenin yolları ve tıbbi bakımın örgütlenme ilkeleri kararlaştırılacaktı. Bu kararnameyle, Sovyet mevzuatında "tedavi bölgesi" (tatil köyü) teriminin tanımı yapılmıştı:

Tedavi bölgeleri şunları içeriyordu:

a) tıbbi su veya şifalı çamur kaynakları bulunan yerler
b) tuz gölü, haliç ve deniz banyo alanları

c) dağ istasyonları
d) kımız tedavi merkezleri.

Kararname ayrıca tatil köylerinin türlerini ve bunların farklılaştırılmasına ilişkin genel prosedürü tanımlamış ve dağ ve sıhhi koruma bölgeleri kavramını getirmiştir. RSFSC Sağlık Halk Komiserliği, Tıbbi Alanların (Tatil Köylerinin) Yüksek Yönetimi Yönetmeliği'ni onaylamıştır.

"RSFSC topraklarında nerede bulunurlarsa bulunsunlar ve kime ait olurlarsa olsunlar, daha önce tesise hizmet vermiş ve tesise ilhak edilmiş ve tahsis edilmiş arazilerde bulunan tüm yapılar, binalar ve taşınır mallarla birlikte, Cumhuriyet'in mülkiyetini oluşturur ve sağlık amaçlı kullanılır".

Ülkenin maden suyu ve şifalı çamur kaynakları, liman (nehir) ve deniz banyosu yerleri, yüksek rakımlarda tedavi amaçlı iklim ve dağ klinikleri ve kımız tedavisi (tüberküloz tedavisinde kullanılan fermente at sütü) tesisleri bu kararnameyle mercek altına alındı.

Kararnamede ayrıca Sovyet tatil beldelerinin özel amaçlı ve korunmalı olması, doğrudan RSFSC Sağlık Halk Komiserliği'ne tabi olması ve Semaşko tarafından savunulan "sağlık kurumlarının tek elden yönetimi" ilkesi çerçevesinde yönetimin yerel makamlardan alınması gerektiği belirtildi.

Ancak projenin yaşama geçirilebilmesi için Kızıl Ordu'nun, Wrangel'in Beyaz Ordu'sunu 14 Kasım 1920'de yenilgiye uğratarak, Kırım'ın kurtarması beklendi. Kırım kurtarılınca Sağlık Halk Komiseri Semaşko hemen bir kararname hazırlatarak, Halk Komiserleri Konseyi'ne sundu. Sağlık Halk Komiserliği tarafından hazırlanan bu kararnamenin taslağı, Halk Komiserleri Konseyi'nin 18 (3) Aralık 1920 tarihli toplantısında görüşüldü. Lenin kararname üzerinde bazı değişiklikler yaptı ve Konsey, Çalışma ve Sağlık Halk Komiserlikleri ile İşçi – Köylü Müfettişliği temsilcilerinden oluşan bir komisyon oluşturarak şu talimatı verdi:

" (i) İki gün içinde toplanarak, talimatlara uygun olarak kararnameyi revize etmek ve mümkün olan yerlerde mutabakatları belirterek ilgili birimlerle koordine etmek.
(ii) Kararnameyi Kursky'nin katılımıyla düzenlemek.
(iii) Oybirliği sağlanırsa, Yoldaş Lenin'i kararnameyi Halk Komiserleri Konseyi adına imzalaması için yetkilendirmek.
(iv) Yayınlamak".

Böylece Kırım sahillerini emekçiler için ulusal bir sağlık merkezi haline getiren Kararname*, 22 (6) Aralık 1920 tarihinde İzvestiya gazetesinin 288 sayılı nüshasında yayınlanarak yürürlüğe girdi.

Kararname, bir yandan teknik bir nitelik taşıyarak, Kırım'daki devletleştirilmiş tatil beldelerinin yönetim mekanizmasını belirler ve başlıca görevlerini tanımlarken, diğer yandan, siyasi bir niteliğe de sahipti. 20. yüzyılın başlarında Bolşeviklerin Rus elitinin özel mülklerini (konaklar, saraylar ve yazlıklar) emekçilere devrettiği haberi, dünyadaki bütün emekçilerinin ilgisini uyandırmıştı.

24 Aralık 1920'de Halk Komiserleri Konseyi'nin "Kırım'ın Emekçi Halkın Tedavisi İçin Kullanılması Hakkında" kararnamesi ile bütün yetki, Kırım Tatil Köyleri Sağlık Halk Komiserliği'nin tam yetkili temsilcisi olan Dr. Dimitri İlyiç Ulyanov'a (Vladimir İlyiç Ulyanov - Lenin'in kardeşi) devredildi.

Kırım Devrim Komitesi, 25 Aralık 1920'de, 1 No'lu Kararname ile Kırım'ı "Bütün Rusya Proleter Sağlık Tatil Köyü" ilan etti.

Kararnamenin yayınlanmasından 6 gün sonra, 28 Aralık 1920'de Simferepol'de Dr. Dimitri İlyiç Ulyanov başkanlığında Kırım Tatil Köyleri Merkez İdaresi kuruldu.

12 Ocak 1921'de Emek ve Savunma Konseyi, Kırım kaplıcalarının sağlık merkezi ve dinlenme yeri olarak kullanılmasını düzenleyen "Kırım kaplıcalarının restorasyonu hakkında" bir kararname tasarısını görüştü. Raporu Sağlık Halk Komiseri Semaşko sundu.

İdare Kırım sahillerindeki uygun dokuz tesisi Ocak 1921'de hızla sanatoryuma dönüştürdü. Yalta'da işçiler için ilk tatil sezonu Şubat 1921'de açıldı.

Şubat 1921'de Pravda, Dr. Dimitri Ulyanov'un şu ifadelerini içeren bir makalesini yayınladı: "Kırım, Çarlık ve burjuvazi için tatil beldesin olmaktan çıkartılarak, tüm Rusya'nın proleterleri için bir sağlık merkezine dönüştürülmelidir; hedef budur ve bunu başaracağız".

1921 sonunda sanatoryum sayısı 23'e ulaştı. Kırım'da birkaç yıl içinde Çarlık döneminde mimari açıdan birbirleriyle bağlantısı olmayan, bağımsız binalar olarak inşa edilen saraylar, malikaneler ve yazlıklar, sağlık merkezleri ve tatil köyleri haline getirilmişti.

Cumhuriyetin bütün tatil işletmelerini denetleme yetkisi, Sağlık Halk Komiserliği'nin merkez organı olan Tedavi Hizmetleri Dairesi'ydi. Sağlık Halk Komiserliği'nin girişimiyle 10 - 16 Şubat 1921 tarihleri arasında, tatil sektörüyle ilgili ilk Bütün Rusya Kongresi düzenlendi.

Kongre genel örgütlenme konuları, tatil köylerinde sağlık hizmetlerinin organizasyonu, tatil bölgelerinin sağlık yönetmelikleri, tatil köyü inşaatı, tatil köyleri için mal, personel ve hizmet temini, bilimsel çalışmaların organizasyonu, tatil köyleri için sağlık personeli eğitimi ve mineralli su kaynaklarının araştırılması ve korunması konularını görüştü. Kongrede ele alınan en önemli konulardan biri, ulusal öneme sahip tatil köylerinin yönetim biçimleriydi. Kongre, Sağlık Halk Komiserliği'nin tatil köylerinin yönetiminin doğrudan merkeze (Sağlık Halk Komiserliği'ne) tabi kılınması gerektiği yönündeki görüşünü teyit etti.

Kongre kararları 23 Haziran 1921'de Bütün Rusya Merkez Yürütme Komitesi ve Halk Komiserleri Konseyi tarafından onaylanan, "Ulusal Öneme Haiz Tatil Köylerinin Yönetimine İlişkin" yeni bir kararnamenin hazırlanmasına temel teşkil etti. Bu kararname, Sağlık Halk Komiserliği'ne, tatil köylerini yerinde yeniden düzenleme yoluyla yönetme hakkını verdi.

1922'de Yalta Verem Enstitüsü hizmete girdi. I. M. Seçenov Fizik Tedavi Enstitü'sü Sivastopol'den Yalta'ya taşındı. 1922 yılında ayrıca Karadeniz'in Kafkasya kıyılarında, 1923 yılında ise Transbaykal ve Uzak Doğu'da yeni tatil köyleri açıldı. 1923 yılında ülkedeki sağlık merkezleri ve tatil köylerinin inşasını yöneten en yüksek devlet organı olan Ana Tatil Köyü İdaresi kuruldu ve başına Dr. N. A. Semaşko, ve yardımcılığına da Dr. Nikolai Ivanovich Teziakov** getirildi.

Köylüler için ilk tatil sezonu 270 köylünün, Çar'ın Livadia'daki sarayı iken sanatoryuma dönüştürülen Livadia Köylü Sanatoryumu'nda kalmaya başlamasıyla 28 Haziran 1925'de açıldı. Bu yeryüzünde köylüler için açılmış ilk tatil köyüdür ve daha birkaç yıl öncesine kadar Çarların ve soyluların yaz tatillerini geçirdiği Livadia Sarayı, şimdi yoksul köylüleri ağırlamaktadır. 1921 - 1926 yılları arasında yaklaşık 133 bin hasta Kırım kıyılarında tedavi oldu.

Böylece Bolşeviklerin, yeni egemen sınıf olan proletaryanın daha önce erişemediği dinlenme olanaklarından yararlanabileceği yarımadada bir "Bütün Rusya Proleter Sağlık Merkezi" yaratma fikri gerçek olmuştu. Livadia Köylü Sanatoryumu'nda dinlenen köylülerin fotoğraflarının dünya basınında ilgi odağı olmasıyla Kırım tatil köyleri küresel ölçekte tanınırlığa erişti.

Arkady Shaikhet tarafından çekilen fotoğrafta, eskiden Çar'a ait olan Livadia sarayının bahçesindeki havuz etrafında dinlenen köylüler görülüyor.

30 Ekim 1925 tarihinde Halk Komiserleri Konseyi, "Tatil Köylerinin Yeniden Düzenlenmesi Hakkında" bir kararname daha yayınladı. Yeni kararname ile tatil köylerinin yönetim yetkisini Sağlık Halk Komiserliği'nden alınarak, yerel yönetimlere devrediliyordu. Ayrıca tatil köylerine daha fazla ekonomik bağımsızlık tanınıyor, mali ve ekonomik organın işlevi Ana Tatil Köyü İdaresi'ne bırakılıyordu.

Bu Kararname Sağlık Halk Komiseri Semaşko'nun "Sovyet sağlık sisteminin birliği" ilkesini açıkça baltalıyordu. Semaşko bu Kararnameyi şiddetle eleştirdi ve yargıya taşıdı. Ancak mahkeme Semaşko'nun itirazını reddetti.

RSFSR Ekonomi Konferansı'nın 18 Temmuz 1931 tarihli kararı uyarınca, tatil işletmeciliği ve tatil köyü inşaatının geliştirilmesi ve tatil köyü kurumları ve işletmelerinin yönetiminde işletme muhasebesinin uygulanması amacıyla Bütün Rusya Tatil Köyleri ve Tatil Köyü İşletmeleri Birliği kuruldu.

SSCB Merkez Yürütme Komitesi ve Halk Komiserleri Konseyi'nin 7 Temmuz 1932 tarihli ve 42/1012 sayılı "SSCB'de Tatil Köylerinin Yeniden Düzenlenmesi Hakkında" Kararnamesi, RSFSR Halk Komiserleri Konseyi'nin 3 Ocak 1930 tarihli kararıyla getirilen birincil tatil köyü örgütlenme biçimi olan tröstün kapsamını yasal olarak genişletti ve ayrıca yeni "Soyuzkurort"u (Tatil Köyü Birliği) örgütlenmesini onayladı.

5 Aralık 1936'da düzenlenen 8. Olağanüstü Sovyetler Kongresi'nde SSCB Anayasası kabul edildi. Anayasa'nın 119. ve 120. maddeleriyle dünya tarihinde ilk kez geniş halk kesimlerinin kaplıca tedavisi hakkı güvence altına alındı.

SSCB Bakanlar Kurulu'nun 20 Mart 1956 tarihli ve 369 sayılı "Sanatoryum ve Dinlenme Evlerinin İşleyişinin İyileştirilmesi Hakkında" Kararnamesi ile sanatoryum ve dinlenme evlerinin yönetimi yerel otoritelerden alınarak tekrar Semaşko'nun başta örgütlediği gibi sağlık otoritelerine devredilmiştir. Sanatoryumlara gönderilecek kişilerin seçimi sağlık otoritelerine bırakıldı. Bu kararnameyle tatil tesislerinin çok başlı yönetimi ve denetimi ortadan kaldırıldı.

Ancak sanatoryumlara gönderilecek kişileri belirleme yetkisinin sağlık otoritelerine bırakılmasından rahatsız olan Sendikaların baskısıyla, SSCB Bakanlar Konseyi 10 Mart 1960 tarihinde Sovyet tatil işletmelerinin gelişiminde önemli bir dönüm noktası haline gelen 335 sayılı Kararnameyi kabul etti. Buna göre tatil idarelerinin bilançosunda yer alan ve maliyet muhasebesi esasına göre faaliyet gösteren tüm sanatoryumlar (tüberküloz olanlar hariç), dinlenme evleri ve diğer tatil köyü-sanatoryum kuruluşları, Birlik Cumhuriyetlerinin Sağlık Bakanlıklarına bağlı tatil köyleri ve dinlenme evlerinin yönetimi sendikalara devredildi.

Bütün Birlik Sendikalar Merkez Konseyi tatil köylerinin ve bunlara bağlı işletmelerin faaliyetlerini denetledi, tatil köylerinin örgütlenmesi konusundaki kararlarının uygulanmasını gözetti, sağlık merkezlerinin tedavi ve önleyici çalışmaları için metodolojik rehberlik sağladı ve etkinlikler düzenledi.

SSCB Bakanlar Kurulu'nun 28 Ağustos 1970 tarihli "Tatil Bölgeleri ve Rekreasyon Alanlarının Gelişimini ve Sanatoryum - Tatil Kurumları ve Rekreasyon Kurumlarının İnşasını Düzenleyen Tedbirler Hakkında" kararı ve 5 Eylül 1973'te SSCB Bakanlar Kurulu'nun "Tatil Köyleri Yönetmeliği"ni onaylamasıyla Sendikalar tatil köyleri üzerinde tek söz sahibi konuma eriştiler.

1991 yılında sosyalizmin yıkılıp, Rusya'da kapitalist düzenin yeniden kurulmasıyla birlikte, devletin siyasi sisteminde ve ekonomik temelinde, devlet işletmelerinin bağımsızlığını ve özel sektörün faaliyet alanını genişletme yönünde köklü değişiklikler yaşandı. Sağlık tesisleri şirketleştirilirken, tatil bölgeleri özelleştirilmeye başlandı. Emekçiler, sosyalizmde "toplumsal fayda" amacı güdülürken, şimdi "kâr" güdüsüyle işletilen tesislerden dışlandılar ve tatil köyleri devrim öncesinde olduğu gibi yalnızca parası olanlara hizmet sunmaya başladı.

KIRIM'IN İŞÇİLERİN TEDAVİSİNDE KULLANILMASI HAKKINDA HALK KOMİSERLERİ KONSEYİ KARARNAMESİ

Kızıl Ordu'nun Kırım'ı Wrangel ve Beyaz Muhafızlardan özgürleştirmesi, Kırım kıyılarının şifalı kaynaklarından, işçilerin, köylülerin ve bütün Sovyet Cumhuriyetlerinin emekçilerin yanı sıra diğer ülkelerden Uluslararası Sendikalar Konseyi'nin rehberliği ile gelen işçilerin tedavisi ve rehabilitasyonu için yararlanmanın yolunu açtı. Bir zamanlar üst sınıflara ayrılmış olan Kırım'daki sanatoryumlar ve tatil köyleri, büyük toprak sahipleri ve kapitalistlerin yararlandığı güzel yazlıklar

ve konaklar ile eski çarların ve büyük düklerin sarayları, işçiler ve köylüler için sanatoryumlara ve sağlık merkezlerine dönüştürülmelidir.

Bunu gerçekleştirmek için Rusya Sosyalist Federatif Sovyet Cumhuriyeti Halk Komiserleri Konseyi, Ukrayna Sosyalist Sovyet Cumhuriyeti Halk Komiserleri Konseyi ve Kırım Devrim Komitesi ile mutabakatla şunları kararlaştırır:

1. Sağlık Halk Komiserliği'nin Ocak ayında 5 bin yatak ve ilkbaharda 25 bin yatak açıkması hedefiyle, Kırım'daki sanatoryumları mümkün olan en kısa sürede açması gereklidir.

Tüm Rusya Sendikalar Merkez Konseyi, Sağlık Halk Komiserliği ile birlikte hasta işçilerin seçimini ve Kırım'daki sanatoryumlara yerleştirilmesini denetlemeklen sorumlu olacak ve bu çalışmaya Petrograd, Moskova, İvanovo, Voznesensk, Harkov ve Donbass sendika konseylerinin temsilcilerini dahil etmeleri talimatını verecektir.

2. Gıda Halk Komiserliği, Sağlık Halk Komiserliği ile Gıda Halk Komiserliği arasında varılan mutabakata göre sanatoryumlara hemen yeterli gıda tedariki sağlayacaktır. Gıda tedariki, Kuzey Kafkasya'dan en yakın güzergah üzerinden mümkün olan en kısa sürede ulaştırılacak ve sanatoryumlara her ay düzenli gıda tedariki sağlanacaktır.

3. Demiryolları Halk Komiserliği, Sağlık Halk Komiserliği'nin ilk talebi üzerine, Sağlık Halk Komiserliği ile Ulaştırma Yüksek Konseyi'nin belirleyeceği miktarlarda, hastaların hem nakledilmesi, hem de tahliyesi için sağlık trenlerinin seferlerinin acilen yapılmasına ilişkin tedbirleri alacaktır.

4. Sanatoryumlara kış dönemi boyunca yakıt temini Ana Akaryakıt Müdürlüğü tarafından yapılacaktır.

5. Yüksek Ulusal Ekonomi Konseyi, Sağlık Halk Komiserliği ile anlaşarak, Simferopol kentindeki tatil köylerinin yönetimini yeterli sayıda araçla etkin bir şekilde sağlamak için önlemler alacak ve bu amaçla öncelikle Wrangel'den ele geçirilen mallar kullanılacak.

6. Tarım Halk Komiserliği, Sağlık Halk Komiserliği ile anlaşarak, sanatoryum ve sağlık merkezlerindeki çalışma rejimini desteklemek ve hastaların beslenmesini iyileştirmek amacıyla,

sanatoryum ve sağlık merkezlerine süt çiftlikleri, üzüm bağları ve sebze bahçeleri sağlayacak; öncelikle Livadia Sarayları'ndaki eski kraliyet bağları kullanılacak.

7. Kırım kıyısında sanatoryum veya sağlık tesisi olarak kullanılmaya veya bunlara hizmet vermeye uygun hiçbir yer (otel vb.) Sağlık Halk Komiserliği'nin veya onun yetkilendirdiği kuruluşların izni olmadan hiçbir kişi veya kurum tarafından işgal edilemez.

Halk Komiserleri Konseyi Başkanı V. Ulyanov (Lenin).
Moskova, Kremlin. 21 (6) Aralık 1920

Dr. Nikolai Ivanovich Teziakov

1859 yılında Ural Dağları'ndaki Sverdlovsk şehrinin dışındaki bir köyde, köylü bir ailenin çocuğu olarak doğdu. 1879 yılında orta öğrenimini bitirdi ve Kazan'da tıp fakültesinde okuyarak 1884 yılında mezun oldu.

Teziakov, 1917 Ekim Devrimi'nden önce Rusya'da halk sağlığı alanında son derece aktifti. 1892 - 1893 kolera salgınının ardından halk sağlığı uzmanı oldu ve istatistik toplamaya, epidemiyolojik araştırmalar yapmaya başladı.

Köylü aileleri için ücretsiz kreş organizasyonu yoluyla bebek ölüm oranlarını düşürmek ve dezenfeksiyon ve aşılama yoluyla bulaşıcı hastalıklarla mücadele etmek için çalıştı. Ayrıca hijyen alanında sağlık çalışanlarının eğitiminde de aktif rol aldı.

1911'de Dresden'deki Uluslararası Hijyen Fuarı'na katıldı.

Daha sonra Herson eyaletinde çalışırken, köylüler arasında artan topraksızlık oranları hakkında yazdı. Lenin, Rusya'da Kapitalizmin Gelişimi Üzerine adlı eserinde Teziakov'un istatistiklerini kullanmıştır.

İç Savaş (1918 - 1922) sırasında, Moskova'nın 800 km güneydoğusundaki kırsal Saratov'da bulaşıcı hastalıklarla mücadele eden ve verem hastaları için sanatoryumlar kuran bölgesel sağlık departmanının başında çalıştı. Bu yıllarda "İşçiler İçin Sağlık Merkezleri!" broşürünü yazdı.

Teziakov işçi sağlığı merkezlerinin işçilerin sağlığının iyileştirilmesi için önemli olduğuna inanıyordu. Bu görüş, Lenin ve Sovyet işçi sağlığı merkezlerinin güçlü destekçisi olan ve Avrupa'da işçiler için ilk işçi sağlığı merkezlerinin geliştirilmesini inceleyen Sağlık Halk Komiseri Nikolay Aleksandroviç Semaşko tarafından da paylaşılmıştır.

Sovyet sağlık merkezlerini düzenleyen devlet organı olan Sağlık Halk Komiserliği'ne bağlı Ana Sağlık Merkezi İdaresi'nin ikinci müdürü iken, 1923'te Berlin'de Rusya Sosyalist Sovyet Cumhuriyeti'ndeki Sağlık Merkezleri başlıklı Almanca bir kitap yayınladı.

Kitabında Almanya'daki hamamlarının, güzel park ve bahçelerin, temiz sokakların ve parlak mimarinin "büyük burjuva" kesimin erişimine açık ve sağlık merkezlerinde bakımının "ticari" olmasını kınadı ve "acınası" olarak nitelendirdi. Almanya tıbbını Sovyet tıbbıyla karşılaştırdı: "[Sovyet Rusya'da] sağlık merkezlerindeki tıbbi yardım, sendikalar halinde birleşmiş doktorların elindedir".

Teziakov 1925'te 65 yaşında yaşama veda etti.

https://toplumcutip.blogspot.com/2025/11/emekciler-ve-rusyann-tatil-koyleri.html

Akif Akalın – Toplumcu Tıp, 7 Kasım 2025

10. Bölüm: İşletmelerde İşçilerin İş Güvenliği ve Sağlığının Korunması

Bütün Sovyet sosyalist sisteminin, çalışanların sağlığının korunmasını nasıl gözettiğinin en somut örneği, sanayi işletmelerindeki işçi sağlığını koruma teşkilatıdır.

Ekim Sosyalist Devrimi'nin zaferinden sonra çıkarılan ilk kararname, 11 Kasım (29 Ekim) 1917 tarihli 8 saatlik çalışma gününe (zararlı işler için ise 7 ve hatta 3 saatlik çalışma gününe) ilişkin kararnamedir. Bu kararnameyle, fabrika ve imalat emeklerinin en yaygın zararlı yönü olan aşırı çalışma süresi ortadan kaldırılmıştır.

8 saatlik çalışma günü talebinin fizyolojik gerekçesini İ. M. Seçenov (1) ortaya koymuştur. Ekim Devrimi'nden sonraki ilk yıllarda, hiçbir kapitalist ülkede eşi benzeri bulunmayan bir "*İş Yasası*" geliştirilmiştir (2). Bu yasada çalışma süresinin yanı sıra haftalık iş araları, devrim bayramlarında tatiller, yıllık olağan izinler ve kadınların sağlığını korumaya yönelik özel önlemler öngörülmüştür: kadın emeğinin ağır ve zararlı işlerde kullanılmasının yasaklanması, hamilelik ve doğum izinleri, emzirme için çalışma saatlerinde verilen aralar vb.

Çocuk işçiliğine ilişkin özel iş hukuku, 14 yaşından küçük ergenlerin işletmelerde çalıştırılmasının yasaklanmasını ve 14 - 16 yaş arası ergenlere imtiyazlar tanınmasını öngörmektedir. Zanaat okullarında ve fabrika-imalat çıraklık okullarında, emeğin ergenlerin sağlığının güçlendirilmesiyle tam olarak bağdaşmasını sağlayacak bir çalışma ve dinlenme rejimi kurulmuştur.

İşçi kadın ve erkeklerin sosyal sigortalarından daha önce bahsetmiştik. Şöyle ki, yasama organı—daha doğrusu tüm Sovyet iktidar sistemi—işçilerin iş güvenliğinin koruyucusudur.

Sağlık organları da, işçilerin sağlığını koruma çalışmalarını, bu temel üzerinde yaygınlaştırmaktadır. Bilindiği üzere, Sovyet yasalarına göre, binden az işçinin çalıştığı işletmeler orta tıbbi personel (3) tarafından yönetilen sağlık istasyonlarına, binden fazla işçinin çalıştığı işletmeler mutlaka hekim tarafından yönetilen sağlık istasyonlarına sahip olmalıdır ve nihayet en büyük işletmeler sağlık birimlerine, yani atölye sağlık istasyonları, poliklinik, hastane, doğumhane, çocuk kurumları vb. tedavi ve profilaksi kurumları kompleksine sahiptir.

İşletmelerdeki bu tıbbi kurumlar sistemi, sağlık istasyonlarından sağlık birimlerine kadar, çalışmalarını temel olarak iki doğrultuda yürütür: sıhhi-epidemiyolojik ve tedavi edici.

Sağlık alanındaki çalışmalar sıhhi faaliyetlerin olağan dört bölümü üzerinden yürütülür:

- *Komünal sağlık hattı* üzerinden — temizliğin, içme suyunun kalitesinin, sıhhi-teknik tesisatların denetlenmesi vb.,
- *Beslenme hijyeni hattı* üzerinden — yemekhanelerin kontrolü, diyet yemekhanelerinin organize edilmesi, gıda ürünleri satış yerlerinin sıhhi denetimi,
- *Sanayi hattı* üzerinden — iş kazalarının önlenmesi, hammadde ve özel giysi tedarikinin izlenmesi, Koruyucu tertibatların sağlamlığının denetlenmesi vb.,
- *Okul hattı* üzerinden — çocuk kurumlarındaki sıhhi düzenin denetlenmesi.

Tedavi hattı üzerinden ise, sağlık istasyonları ve sağlık birimleri, kaza ve hastalıklarda ilk yardım yapar, gerekirse daha ileri tedavi için ilgili sağlık kurumlarına sevk eder, kaplıca tedavisine ihtiyaç duyanları seçer vb.

Her işletmeye, işletmedeki sıhhi kurallara uyulmasını denetleyen *devlet sanayi müfettişi* atanmıştır.

İşletmelerdeki işçi sağlığı denetiminin ne kadar farklılaştırılmış ve özenle kurulduğu, "sık ve uzun süreli hastalananlara" gösterilen özende görülmektedir. İşçiler arasında, sağlık durumları nedeniyle sık sık tıbbi yardım almak zorunda kalan ve çeşitli hastalıklardan ötürü uzun süre hasta yatan küçük bir kesim her zaman mevcuttur. Bu tür işçiler sağlık istasyonları ve sağlık birimleri tarafından özel bir kayda alınır, onlar için özel bir kartoteks oluşturulur. Her hasta, hastalığının mahiyetinin derinlemesine incelenmesi (sağlık istasyonunda, poliklinikte veya hastanede) ve tedavisi için farklılaştırılmış önlemler alınması amacıyla dikkatle tetkik edilir.

Bazı durumlarda böyle bir işçiyi başka, onun için daha az zararlı bir işe kaydırmak yeterlidir, diğer durumlarda kısa bir dinlenme, bazen akrabaların yanına köye izin yeterlidir, üçüncüsünde diyet beslenme verilir, dördüncüsünde ise hasta, hastane, sanatoryum, kaplıca vb. ilgili nitelikli tedaviye gönderilir. İşçilerin sık ve uzun süreli hastalanma nedenleri böylece farklılaştırılmış bir şekilde ortadan kaldırılır ve bu tür işçiler genellikle hızlı bir şekilde normal çalışmaya geri dönerler.

İşletmeler bünyesindeki dikkat çekici kurumlardan biri de "*gece sanatoryumlarıdır*". Bu kurumlar, yabancı ziyaretçilerde haklı bir şaşkınlık ve hayranlık uyandırmaktadır, çünkü gece sanatoryumları bizzat Sovyet tıbbının bir ürünüdür.

Bu kurumların anlamı, belli bir sağlık durumu olan işçinin (örneğin tüberkülozun başlangıç evrelerindeki, ameliyat veya ağır hastalık sonrası iyileşen ancak henüz tam olarak iyileşmemiş, kansız, sinirli vb.) aynı anda hem çalışmaya devam etmesini, hem de sağlığını güçlendirmesini sağlamaktır. Bu tür işçiler mesai bitiminde doğrudan gece sanatoryumuna gelirler. Orada yıkanır ve kıyafetlerini değiştirir, güçlendirilmiş besin alır, dinlenir, geceyi uygun hijyenik koşullarda geçirir, sabah ek besin alır ve işe giderler.

İşçilerin sağlığına son derece dikkatli yaklaşılan ve profilaksinin tedaviyle en sıkı şekilde bağlandığı gece sanatoryumları gibi kurumlar yalnızca Sovyet ülkesinde ortaya çıkabilirdi.

İşletmelerdeki sağlık kurumlarının tüm çalışmaları, devlet ve kamusal örgütlerle, işletme idareleriyle, devlet teknik güvenlik organlarıyla, sendika, sigorta, parti ve gençlik örgütleriyle ortaklaşa yürütülür.

Her yıl sıhhi-teknik iyileştirmeler ve tedavi-profilaktik çalışmaların geliştirilmesi yönünde "kompleks plan" düzenlenir (4). Kompleks planlar işletme müdürü, sendika örgütü temsilcisi ve hekim tarafından imzalanır. Her örgütün işlevlerinin ve sorumluluklarının tam olarak sınırlandırılması, planın uygulanmasının garantisi olmaktadır.

Üretimde işçi sağlığının korunması organizasyonunun temel ilkeleri bunlardır.

AÇIKLAYICI NOTLAR

1. *İvan Mihayloviç Seçenov* (1829 – 1905), Rus fizyolojisinin ve bilimsel psikolojinin babası olarak nitelendirilen, dünya çapında öncü bir Rus fizyolog, tıp bilimcisi ve psikologdur.

2. Ekim Devrimi'nin ardından Sovyet Rusya'da kabul edilen 1918 ve 1922 tarihli *İş Yasaları,* dönemin kapitalist dünyasında hayal dahi edilemeyen ve işçi sınıfına o güne kadar verilmiş en ileri hakları tanıyan yasal düzenlemelerdi. Kapitalist ülkelerde işçiler günde 12 - 14 saat çalışıp, çocuk işçiliğine ve hiçbir sosyal güvencenin olmadığı ağır sömürü koşullarına karşı savaşırken, Sovyetler Birliği bu yasalarla işçi haklarında küresel bir devrim gerçekleştirdi.

3. Orta kademe tıbbi personel, hemşire veya feldşerdir.

4. Bu yıllık planlar, üretim süreçlerini hızlandırırken işçilerin sağlığını feda etmemek amacıyla geliştirilmiştir. Sadece iş kazalarını önlemeyi değil, meslek hastalıklarını daha ortaya çıkmadan engellemeyi amaçlar.

Sıhhi-Teknik İyileştirmeler: Fabrikadaki havalandırma sistemlerinin yenilenmesi, gürültü ve titreşimin azaltılması, aydınlatmanın optimize edilmesi ve zehirli gazların filtrelenmesi gibi teknik adımları kapsar.

Tedavi-Profilaktik Çalışmalar: İşçilerin düzenli sağlık taramalarından geçirilmesi, riskli birimlerde çalışanlara ücretsiz koruyucu gıdalar (örneğin özel diyetler) verilmesi ve dinlenme evleri (Sanatoryum) vizelerinin organize edilmesidir.

OKUMA: SOVYETLER BİRLİĞİ'NDE ÇALIŞMA SAATİ DÜZENLEMELERİ

Çalışma saatlerinin kısaltılması talebi, işçi sınıfının artı değer sömürüsüne dayanan sermaye düzenine karşı mücadelesinde önemli bir yer tutar. 19. yüzyıl boyunca sürdürülen kararlı mücadeleyle çalışma saatleri, günde 16 saatten 10 saate kadar indirildi.

1. ENTERNASYONAL'DEN SOVYETLERE 8 SAAT ÇALIŞMA TALEBİ

1866'da kurulan Birinci Enternasyonal'in talepleri arasında işgününün 8 saate indirilmesinin bulunması ve 1 Mayıs 1890'da bütün dünyada 8 saatlik işgünü için uluslararası eylem çağrısı yapılması, sosyalistlerin çalışma saatlerini kısaltma mücadelesine verdiği önemin somut göstergesidir.

Çalışma saatlerinin kısaltılması, Çarlık Rusyası'nda da işçi sınıfının mücadelesinin talepleri arasındaydı ve 2 Haziran 1897'de işgünü erkekler için 12, kadınlar ve çocuklar için 10 saate indirildi. Bolşevik Parti, 26 Temmuz – 3 Ağustos 1917 tarihlerinde gerçekleşen 6. Kongresi'nde, işgününün 8 saate (ağır işlerde 4 saate) indirilmesini benimsedi.

Ekim Devrimi 7 Kasım 1917'de gerçekleşti, 9 Kasım'da hükümet kuruldu ve 11 Kasım'da, Bolşevik Parti'nin 6. Kongre kararı gereğince 8 saatlik işgünü kararnamesi yayımlandı. Böylece Sovyetler Birliği, dünyada 8 saatlik işgününü kabul eden ilk ülke oldu ve diğer ülkelere yol gösterdi. ABD'de 8 saatlik işgünü ancak 1938 yılında yasalaştırılabildi.

Sovyetler Birliği'nde 10 Aralık 1918'de kabul edilen ilk iş yasasıyla, çalışma saatleri haftada 6 gün ve günde 8 saat, gece çalışmasında 7 saat ve yeraltında ve ağır - tehlikeli işlerde 6 saat olarak belirlendi. Daha sonraki yıllarda çalışma saatlerinde çeşitli değişiklikler yapıldı fakat ağır ve tehlikeli işlerde çalışanların işgünü asla uzatılmadı, aksine kısaltıldı.

YILLIK İZİN VE ORTALAMA İŞGÜNÜ SAATLERİ

1922'de ücretli yıllık izin süresi asgari 12 işgünü olarak belirlendi. 18 yaşından küçükler (16 – 18 yaş) için yıllık izin 30 gündü.

Sovyetler Birliği'nde ortalama işgünü 1924 yılında 7,6 saat, 1925 yılında 7,5 saat ve 1926 yılında 7,4 saat oldu.

7 Kasım 1927'de, Ekim Devrimi'nin 10. yıl dönümü onuruna işgününün kademeli olarak 7 saate, gece çalışmasının 6 saate ve ağır ve tehlikeli işlerde 4 saate indirilmesine ve ağır - tehlikeli işlerde çalışanların yıllık izninin 1,5 aya çıkartılmasına ilişkin kararname yayımlandı. Emziren annelerin her 4 saatte bir yarım saat süt iznine çıkması (3,5 saat çalışma, yarım saat süt izni) sağlandı.

Birinci 5 Yıllık Plan (1928–1932) çerçevesinde 16 Ocak 1928'de tekstil endüstrisinde 126 bin işçinin çalıştığı 22 fabrikada 7 saatlik işgünü uygulamaya kondu. Böylece henüz kapitalist ülkelerde işgünü 8 saate dahi indirilememişken, Sovyet emekçileri kendilerine ve ailelerine daha fazla zaman ayırabilme olanağına kavuştu.

1929'da işletmelerin yüzde 18,3'ünde, 1931'de 56,3'ünde, 1932'de 80,9'unda ve 1933'te bütün işyerlerinde işgünü 7 saate indirildi.

Bu dönemde sağlık personelinin çalışma saatlerinde düzenlemelere gidildi, hekimlerin günde 4 – 6 saat, feldşerler (sağlık memuru), ebeler ve hemşirelerin 4 – 7 saat, diğer emekçilerin 6 – 8 saat çalışması sağlandı.

1936 Anayasası'nın 119. Maddesi (dinlenme hakkı), işgününü 7 saat olarak belirledi, fakat 2. Paylaşım Savaşı nedeniyle 26 Haziran 1940'da çıkartılan bir yasayla, işgünü 8 saate uzatıldı. Bu durum Anayasa'ya aykırı olduğundan, Şubat 1947'de, 1936 Anayasası'nın 119. Maddesi değiştirilerek, işgünü 8 saate çıkartıldı.

10 Mart 1956'da işgünü yeniden 7 saatte indirildi ve bu tarihten itibaren 10 yıl süreyle haftanın 5 günü 7 saat ve Cumartesi günü 6 saat çalışma norm haline geldi.

HAFTALIK ÇALIŞMA SÜRESİ

7 Mart 1967'de, Ekim Devrimi'nin 50. yıl dönümü olan 7 Kasım 1967'den itibaren cumartesi gününün tatil ilan edilerek, haftalık çalışma gününün 5 güne indirilmesine karar verildi. Belirli mesleklerde çalışma saatlerinde yeniden düzenlemeler yapılarak, haftalık çalışma süresi anaokulu

öğretmenleri için 36, ilkokul öğretmenleri için 24 ve engellilere eğitim veren öğretmenler için 18 saat olarak belirlendi. Sağlık personeli için işgünü 5,5 – 6,5 saat arasında değişiyordu.

1977 Anayasası'nda 41. madde ile haftalık çalışma süresinin 41 saati aşamayacağı hükme bağlandı. 1987'de haftalık çalışma saati ortalamada 39,4, eğitim sektöründe 32,6 ve sağlıkta 38,6 saat, ulaşım sektöründe ve idari görevlerde 40,5 saatti. Sovyet emekçileri yılda "asgari" 15 işgünü (Cumartesi ve pazar günleri ile diğer tatil günleri sayılmıyor, böylece asgari 3 hafta kesintisiz izin yapılabiliyor) ücretli izin kullanırken, çalışan annelerin yıllık izinleri de yılda 28 işgününden az olmayacak şekilde düzenlenmişti.

FAZLA MESAİ

Sovyetler Birliği'nde fazla mesai, belirli işkollarında ve "istisnai" durumlarda uygulanırdı. Fazla mesai süresi 2 gün içinde 4 saati (bir gün 1 saat fazla mesai yapmışsa, ertesi gün en fazla 3 saat fazla mesai yapabilir) ve yılda 120 saati aşamazdı. Fazla mesai için ücretin 2 katı ödenirdi. Öte yandan 18 yaşından küçüklerin, hamile kadınların, sağlık durumu elverişli olmayanların ve öğrencilerin fazla mesaiye kalmalarına izin verilmezdi.

1987 "reformlarıyla" çalışma yaşamında sosyalist ilkelerden kopulmasına ve daha sonra sosyalizmin çözülmesine rağmen, bugün dahi Rusya'da emekçiler bu kazanımlarından bir kısmını koruyabilmiştir.

https://www.evrensel.net/haber/370903/sovyetler-birliginde-calisma-saati-duzenlemeleri

Akif Akalın – Evrensel Gazetesi, 13 Ocak 2019

11. Bölüm: Emekçilerin Kendi Kendilerini Yönetmesi (Özyönetim)

SSCB'de toplum sağlığının korunmasının dikkat çekici bir özelliği, bu işin yalnızca sağlık organlarının (elbette organize eden ve yöneten) işi olmayıp, tüm Sovyet iktidarı organlarının ve bizzat toplumun, faaliyetlerinin karakterine uygun olarak ilgilendiği bir alan olmasıdır.

Sağlık organlarının ve diğer kurum ve örgütlerin profilaktik (önleyici) tedbirlerin yürütülmesindeki ortak çalışmasından daha önce bahsetmiştik. Toplumun sağlığının korunması davasında bizzat toplumun devasa bir rol oynadığını kaydetmek gerekir.

"*Çalışanların sağlığının korunması - çalışanların kendilerinin işidir*" (1).

Sovyet sağlık organizasyonu bu sloganla doğmuş, bu sloganla geliştirilmiş ve ülkemizin hayatının en zor yıllarında bu slogan sayesinde zaferler elde etmiştir. Toplumun kendi sağlığının korunmasına katılımı, farklı örgütsel biçimlerde gerçekleştirilmektedir.

İşçi Temsilcileri Yerel Sovyetleri'nin bünyesinde, vekillerden ve sürece dahil edilen kişilerden oluşan *Sağlık Komiteleri* faaliyet gösterir ve bunlar tedavi edici ve önleyici sağlık kurumlarının çalışmalarını *denetlerler*.

Tüm Sovyetler Birliği Merkezi Sendikalar Konseyi (VTsSPS) ile SSCB Sağlık Bakanlığı arasındaki anlaşmaya göre, tüm tedavi ve profilaksi kurumlarında (hastaneler, poliklinikler, ayaktan tedavi kurumları, dispanserler, sanatoryumlar vb.) ilgili kurumun hizmet sunduğu bölgenin çalışanlarının temsilcilerinden oluşan "*Yardım Konseyleri*" organize edilmektedir.

Konsey üyeleri tıbbi talimatlara *karışmazlar*, ancak tedavi kurumlarının iktisadi ve örgütsel faaliyetlerinde, sağlık organlarına yeri doldurulamaz bir yardım sağlarlar. Toplumun, sağlığının korunması çalışmalarına katılımı, sözlü ve yazılı biçimlerde sağlık eğitiminin geniş bir şekilde yaygınlaştırılması, sinema ve radyo, tiyatro oyunları vb. aracılığıyla gerçekleştirilir.

Okulda çocukların sıhhi-hijyenik eğitimi büyük önem taşır. SSCB'de genel eğitim zorunludur. Okul çağındaki bütün nüfus, okula devam etmektedir. Böylece sıhhi-hijyenik bilgiler ile sıhhi alışkanlıklar halka küçük yaşlardan itibaren aşılanmaktadır.

Toplumun kendi içinden çıkan sağlık eylemcileri —her şeyden önce milyonlarca üyeli Kızılhaç ve Kızılay topluluğunun aktivistleridir. Kazalarda ilk yardım yapma, temel hijyen ve sıhhiye kuralları konusunda kısa süreli kurslarda eğitilen bu kişiler, bilgilerini çalıştıkları alanlarda uygulamaktadırlar: sanayi işletmelerinde ve kurumlarda, okul ve anaokullarında, konutlarda ve yurtlarda, kolhoz ve sovhozlarda. Her yerde tedavi-profilaktik tedbirlerin yürütülmesinde tıbbi personelin en aktif yardımcılarıdır.

Toplum, özellikle de kadınlar, Kızılhaç – Kızılay örgütlerine istekle katılmaktadır, çünkü bu örgütlerin önemini çok iyi anlamaktadır. Kızılhaç – Kızılay aktivistleri, ezici bir çoğunlukla sağlık davasının gerçek sahipleridir. Onlar, halkın hayatının derinliklerinde, sağlık organlarının ve tıp çalışanlarının bir tür anteni konumundadırlar.

Bir *halktan* sağlık müfettişini hayal edelim. Bu müfettişler esas olarak Kızılhaç – Kızılay üyelerinden olup, bir kolhozda işe alınmaktadır. Kırsal alandaki yoğun tedavi-profilaktik kurum ağına rağmen, sağlık çalışanları, kuyuların, konutların, sokakların, meydanların, pazarların, gıda satış yerlerinin, ortak yemekhanelerin, çocuk kurumlarının vb. durum ve içeriği üzerinde *günlük* bir gözlem kurabilecek durumda değildir.

Bu arada, kolhozcuların arasından gelen yerel sakinlerin, bu tür sıhhi denetimleri gerçekleştirmesi, bulaşıcı ve salgın hastalıkların ilk vakalarının ortaya çıkışını takip etmesi çok daha kolaydır. Sağlık personelinin gözünde onlar, sıhhi aksaklıkların veya bulaşıcı ve salgın hastalıkların ihbarcıları konumundadır, bu da en hızlı ve dolayısıyla en etkili önlemlerin alınmasını kolaylaştırır.

İşletmelerde devasa toplumsal çalışmaları "*Sigorta Delegeleri*" yürütmektedir. Daha önce söylendiği gibi, Sovyet sosyal sigortası, tamamen sigortalıların kendi yönetimi üzerine kurulmuştur. Sosyal sigorta işini ilgili sendikaların sosyal sigorta departmanları yönetmektedir. Yerellerde (işletmelerde, kurumlarda) bu işi fabrika komiteleri ve yerel komiteler ile bunların yanında konsey üyeleri —sigorta delegeleri— ile birlikte *Sosyal Sigorta Konseyleri* yürütmektedir.

Delegeler, işçi ve memurların genel kurulları tarafından seçilir. Onlar, sigortalıların ihtiyaçlarının, sosyal sigorta fonları hesabına doğru karşılanmasına yardımcı olur, muhtaç olanlar arasında fonların dağıtımına katılır, sigortalıların evsel ihtiyaçlarının karşılanmasına —konut koşullarının iyileştirilmesine, muhtaç olanlara güçlendirilmiş beslenme sağlanmasına, çocukların çocuk kurumlarına (kreş, çocuk evleri, anaokulları, yaz piyoner kamp/öncü kamplarına) yerleştirilmesine,

yetişkinlerin ve çocukların kaplıcalara gönderilmesine, hastane ve sanatoryumlara yönlendirilmesine yardım ederler.

Sigorta delegeleri aynı zamanda sosyal sigorta fonlarının rasyonel harcanmasını denetler, simülasyonla, hastane raporlarının yanlış verilmesiyle mücadele eder, hekim tarafından konulan rejime ve hastalık nedeniyle hastalık raporu alan işçinin kurallara uymasını izlerler. SSCB'de sosyal sigorta gerçekten de bizzat işçi sınıfının işidir, tamamen kamusal temeller üzerine kurulmuştur.

Özellikle savaşlar ve salgınlar yıllarında kamusallık, sağlık davasında çok büyük bir rol oynamıştır. Bulaşıcı hastalıkların, özellikle de tifüsün yaygın olduğu iç savaş yıllarında, tüm Sovyet kamusallığı Lenin'in çağrısı üzerine ("*Ya bitler sosyalizmi yenecek, ya da sosyalizm bitleri yenecek*!") tifüs salgınıyla mücadele için seferber olmuştur. Ülke genelinde "temizlik mücadelesi haftaları", "banyo-çamaşırhane haftaları" düzenlenmiştir (2).

Avluların, mülklerin çöplerden temizlenmesi, konutların sıhhi durumunun iyileştirilmesi vb. için imeceler düzenlenmiştir. Kuşkusuz, o zor yıkım, açlık, emperyalistlerin abluka yıllarında, genç Sovyet Cumhuriyeti tifüs salgınına karşı hızlı bir zafer kazanabildiyse, bunda yalnızca sağlık çalışanlarının değil, aynı zamanda Sovyet kamusallığının da devasa bir payı vardır.

Eğer Büyük Vatanseverlik Savaşı sırasında ülkemiz —savaşlar tarihinde ilk kez— salgın hastalıkların kitlesel yayılımını yaşamadıysa, bunda da pay yalnızca sağlık çalışanlarına değil, aynı zamanda Sovyet kamusallığına aittir. Düşmanın sürekli bombalamalarına maruz kalan kuşatılmış Leningrad'da, bu bombalamalarla temel sıhhi-teknik tesisatlar (su temini, kanalizasyon, arıtma tesisleri) yıkılmış olmasına rağmen, halk büyük bir kahramanlıkla, top ateşi altında şehrin sıhhi durumunu korumuş ve burada salgın hastalıkların yayılmasını önlemiştir.

Benzer öz-faaliyet örneklerini diğer yerleşim yerlerinin nüfusları da göstermiştir. Ve günümüzdeki savaş sonrası dönemde tüm nüfus, savaşın sağlık davasına açtığı yaraların sarılmasında aktif olarak yer almaktadır. *Jitomir* (3) bölgesindeki kolhozcuların, faşistler tarafından yıkılan hastane, çocuk kurumu, doğumhane vb. binaların kendi elleriyle onarılmasına yardım eden inisiyatifi, bütün ülkede yankı uyandırmıştır. Ve onlar sadece onarmakla kalmamış, gerektiğinde yeniden inşa etmişlerdir. Jitomirli kolhozcuların örneği, yurdumuzun farklı yerlerindeki kırsal ve kentsel nüfus arasında geniş bir yankı bulmuştur.

Eğer savaş sonrası beş yıllık planın sadece yerine getirileceğine değil, aşılacağına dair sarsılmaz bir inanç besliyorsak, başarının en önemli garantilerinden biri Sovyet halkının bilinci ve öz-faaliyetidir. Böyle bir öz-faaliyet ancak gerçek bir demokrasi hükümdarlığında olabilir. Böyle bir öz-faaliyet — Sovyet sağlık hizmeti kuramının ve pratiğinin temelidir.

AÇIKLAYICI NOTLAR

1. Bu ikonik slogan ilk kez resmi bir ilke olarak 16 - 19 Haziran 1918 tarihleri arasında Moskova'da düzenlenen 1. Tüm Rusya Tıp ve Sağlık İdareleri Kongresi'nde Dr. Nikolay Semaşko tarafından ortaya konmuştur. Semaşko bu kongrede, Sovyet sağlık sisteminin temel felsefesini oluşturan "*Emekçilerin kendi inisiyatifi ve faaliyeti, Sovyet sağlık hizmetlerinin temelidir*" başlıklı ünlü raporunu sunmuştur.

Aslında kapitalist bir toplumda devletin ve kapitalistlerin sağlık hizmeti sunma yükümlülüğünden kaçması anlamına gelebilecek olan bu slogan, Sovyet Rusya'da işçilerin fabrikalarda "sağlık komiteleri" kurmasını, köylülerin temizlik kampanyalarına (bit ve tifüsle mücadele) bizzat katılımını ve hijyen eğitiminin halkın kendisi tarafından yaygınlaştırılmasını hedefliyordu.

Semaşko bu slogandan, işçinin kendi sağlığı üzerinde söz ve karar sahibi olmasını (demokratik katılım) anlıyordu. Çarlık Rusyasında basitçe birer üretim aracı olarak görülen işçilere bu slogan ile "sağlığınız artık patronların inisiyatifinde veya insafında değildir; kendi sağlığınızı savunmak, sendikalar ve işçi komiteleri aracılığıyla bizzat sizin örgütlü mücadelenizin ve denetiminizin bir parçasıdır" deniyordu.

2. *Temizlik Mücadelesi ve Banyo-Çamaşırhane Haftaları*: Belirli haftalar ilan edilerek işçiler, köylüler, kadın örgütleri ve Kızıl Ordu askerleri kitlesel temizlik hareketlerine dahil edildi. Kamusal alanlar, fabrikalar ve evler dezenfekte edildi.

Mobil Banyo ve Dezenfeksiyon Trenleri: Sabit tesislerin olmadığı kırsal bölgelere ve demiryolu hatlarına özel banyo ve çamaşır yıkama vagonlarına sahip trenler gönderildi. Halk bu trenlerde yıkanıyor ve giysileri yüksek sıcaklıkta bitlerden arındırılıyordu.

Sağlık Hücreleri (Yisçeyka): Fabrika ve köylerde bizzat işçilerden ve köylülerden oluşan sağlık komiteleri kuruldu. Bu komiteler yaşam alanlarının temizliğini denetleme yetkisine sahipti.

3. Jitomir, Ukrayna'nın kuzeybatısında bir şehirdir. Nazi işgali sırasında Ukrayna genelinde ve özellikle stratejik bir hat olan Jitomir bölgesinde binlerce hastane, poliklinik, okul ve çocuk yuvası tamamen yerle bir edilmişti ve 1945 yılında Sovyet hükumetinin bunları yeniden yapabilmesi olanaksızdı. Jitomir bölgesindeki kolektif çiftlik (kolhoz) çalışanları, kendi aralarında bir

seferberlik ilan ederek, mesailerinden kalan zamanlarda yıkılan doğumevlerini, çocuk bakım evlerini ve köy hastanelerini kendi elleriyle, yerel malzemeleri kullanarak onarmaya veya sıfırdan inşa etmeye giriştiler.

Jitomir kolhozcularının bu hareketi büyük bir övgüyle karşılandı ve tüm Sovyetler Birliği'ne bir "örnek model" (inisiyatif) olarak sunuldu. Kısa sürede Belarus, Rusya ve diğer cumhuriyetlerdeki kolhozlar da "Jitomir modelini" uygulayarak kendi hastanelerini ve kreşlerini kendi imkanlarıyla onarmaya başladılar.

OKUMA: SOVYETLER BİRLİĞİ'NDE EMEKÇİLERİN YÖNETİME KATILIMI

Sovyetler Birliği'nde "*fabrika komitelerinin*" emekçilerin yönetime katılım organları olarak büyük önemi vardır. Fabrika komiteleri, bünyelerindeki "*emeğin korunması*" alt komiteleri aracılığıyla, iş yerlerindeki işçi sağlığı ve iş güvenliği etkinliklerinin de gözetimini yaparlar. Sınıfın Sağlığı blogunun belgisi olan "işçilerin sağlığı, işçilerin elinde olmalıdır" ilkesinin yaşama geçirilmesi bu komitelerin sorumluluğundadır.

Aşağıda Sovyetler Birliği'nde hemen devrim sonrasında 1922 yılında 17 – 22 Eylül arasında Moskova'da düzenlenen 5. Bütün-Rusya Sendikalar Kongresi'nde kabul edilen *Fabrika Komiteleri ve Yerel Komiteler Yönetmeliği*'ni sunuyoruz.

Okurlarımızın yönetmeliği daha iyi değerlendirebilmek için, bu dönemde Sovyetler Birliği'nde "*Yeni Ekonomik Politika*" (NEP) izlendiğini, dolayısıyla "özel sektör" faaliyetlerine sınırlı da olsa izin verildiğini akılda tutması gerekir. Yönetmelikte NEP dönemi sonrasında "özel sektöre" ilişkin hükümler çıkartılmıştır. Daha sonra Çalışma Bakanlığı yetkilerinin Sendikalara devredilmesiyle, Fabrika Komitelerine sosyal güvenlik alanında yeni görev ve işlevler yüklenmiştir.

Fabrika Komiteleri ve Yerel Komiteler Yönetmeliği

1. En az 25 işçi veya maaşlı çalışan istihdam eden bütün devlet, kooperatif ve özel işyerlerinde bir fabrika komitesi veya yerel komite kurulur. 25'den az işçi veya maaşlı çalışan istihdam eden iş yerlerinde fabrika komitesinin yerini yetkili bir işçi veya maaşlı çalışan temsilcisi alır.

2. Fabrika komitesi sendikanın iş yerindeki organıdır.

3. İş yerindeki sendika üyesi bütün işçiler ve maaşlı çalışanlar fabrika komitesi seçimine katılabilir, sendika üyesi olmayanların oy hakkı yoktur.

4. Her iş yerinde yalnız bir fabrika komitesi olur. Farklı ilçelerde konuşlanmış bağımsız iş yerleri, aynı yönetim altında olsalar ve aynı malların üretimini yapsalar dahi, ortak bir fabrika komitesi örgütleyemezler. Sendika yönetimi benzer nitelikte bir dizi küçük ölçekli iş yerlerini, ortak bir fabrika komitesi veya yerel komite oluşturmaları için yetkilendirebilir.

5. Yüksek sendika organlarının karar ve politikalarının uygulanmasıyla görevli fabrika komiteleri, sendikayla ilişkili bütün çalışmaları yerine getirmekten sorumludur ve çalışmaları için sendikaya ve işçilerin genel veya delege meclisine hesap vermekle yükümlüdür.

6. Delege meclisinin kararları, yüksek sendika organlarının veya iş yerindeki işçi genel meclisinin kararlarıyla çelişmemek kaydıyla fabrika komiteleri için bağlayıcıdır.

Fabrika Komitelerinin Görevleri

7. Fabrika komitelerinin temel görevleri, iş yerindeki işçilerin ve maaşlı çalışanların ekonomik çıkarlarını savunmak, maddi ve entelektüel gereksinimlerinin karşılanması, emeğin korunması ve iş yeri yönetimiyle birlikte üretimin örgütlenmesiyle ilişkili sorunların değerlendirmesine katılmaktır.

Fabrika komitesi bu amaçlarla;

a. İş yeriyle ilişkili toplu sözleşmeye ve ücret sözleşmesine katılır, bunların uygulanmasını gözetir; ücretlerin düzenli ödenmesini, yönetimin emeğin korunması, sosyal sigorta ve sosyal sigorta primlerinin yatırılmasına ilişkin yükümlülüklerini yerine getirmesini sağlamak için adımlar atar; fabrika komitesi ve iş yeri yönetiminin oluşturduğu ortak komiteye temsilciler tayin eder ve çalışma, barınma vb koşullarının iyileştirilmesi için adımlar atar,
b. Kulüpler, "Kızıl" köşeler, konferanslar, tiyatro gösterileri örgütler; alınan işlerin dağıtımını sağlar; cehalete karşı mücadelede işbirliği yapar ve teknik eğitim için okullar ve kurslar açar.

8. Fabrika komiteleri iş yeri yönetiminin kararlarına hiçbir şekilde müdahale etmez veya direniş göstermez, ancak üretimin örgütlenmesine ilişkin olarak;

a. devlet ve kooperatif iş yerlerinde, yönetim tarafından iş yerinin üretim kapasitesiyle ilişkili bütün önemli sorunların değerlendirmesine katılır,
b. devlet ve kooperatif iş yerlerinde üretimin düzenli yürümesini teşvik için adımlar atar,
c. devlet ve kooperatif iş yerlerinde, iş yerindeki çalışmayla ilişkili bilgilerin çalışanlar arasında yaygınlaştırılması için, genel meclis ve delege meclisi için kuruluş tarafından dersler, atölye çalışmaları (workshop), üretim üzerine konferanslar örgütler,

d. işçilerin ve maaşlı çalışanların İş Kanunu'na göre yönetimine, işten çıkartılmalarına ve yürürlükteki toplu sözleşmenin ve ücret sözleşmesinin uygulanmasına katılır,

9. Fabrika komitesi sendika örgütünü ilgilendiren konularda;

a. işyerindeki işçileri ve maaşlı çalışanları sendikaya katılmaya teşvik eder,
b. işçilerin ve maaşlı çalışanların devrimci sınıf bilincini geliştirir,
c. karşılıklı yardım fonları kurulmasına yardımcı olur,
d. işçiler ve maaşlı çalışanlar arasında proleter sendika disiplinini geliştirir,
e. yönetmeliklere göre sendika aidatlarını toplar ve iletir,
f. işçileri ve maaşlı çalışanları çeşitli örgüt ve kurumlarda temsil eder ve işçilerin bu örgüt ve kurumlarla ilişkili seçimlerini örgütler,

10. Fabrika komitesi iş yeri yönetimindeki bütün düzensizlikler ve kötüye kullanımlar ile birlikte bütün yanlış anlaşılmaları düzeltilmesi için hemen sendika yönetimine bildirir.

Fabrika Komitesinin Yapısı

11. Fabrika komiteleri iş yerinin genel işçi ve maaşlı çalışan meclisi tarafından 6 aylık bir dönem için seçilir. Üye sayısı iş yerinin büyüklüğüne göre değişir:

25 – 99 işçi: 3 üye
100 – 299 işçi: 5 üye
300 – 999 işçi: 9 üye
1.000 – 4.999 işçi: 13 üye
5.000 ve üzeri: 15 üye

Genel meclis veya delege meclisine iş yerindeki işçilerin en az üçte birinin veya sendika yönetiminin talebiyle fabrika komitesi üyelerinin tamamı veya bir kısmının görev süreleri sona ermeden yenilenmesi önerisi getirilebilir.

Genel meclis toplamanın teknik olarak olanaksız olduğu büyük iş yerlerinde sendika, merkez komitesinin onayıyla, bütün iş yeri temsilcilerinin toplantısı yoluyla fabrika komitesi seçimi örgütleyebilir.

12. Kararlarının geçerli olabilmesi için meclisin en az işletmenin işçilerinin ve maaşlı çalışanlarının yarısıyla toplanması, toplantının tarih, yer ve amacına ilişkin duyurusunun 3 gün önceden sendika yönetimine ve işletmedeki işçiler ve maaşlı çalışanlara yapılması gerekir. Yeterli çoğunluk sağlanamazsa toplantı ileri bir tarihe ertelenir ve katılanlarla sayısal çoğunluk aranmadan yapılır.

13. İş yerinde sendikal etkinlikleri yürütebilmeleri için gündelik çalışmalardan muaf tutulacak fabrika komitesi üye sayısı şöyle belirlenmiştir:

25 – 49 işçi: 1 üye (haftada 2 gün muaf)
50 – 299 işçi: 1 üye (görev süresi boyunca muaf)
300 – 999 işçi: 2 üye (görev süresi boyunca muaf)
1.000 – 4.999 işçi: 3 üye (görev süresi boyunca muaf)
5.000 ve üzeri: 4 üye (görev süresi boyunca muaf)
Fabrika komitesi üyelerine ek olarak, fabrika ortak komitesinde yer alan üyeler de toplu sözleşme hükümlerine göre gündelik işlerden muaf tutulur.

14. Meclisin seçim düzenlemelerini ihlal etmesi halinde, sendika yönetimi meclisten seçimi yenilemesini isteyebilir.

15. Fabrika komiteleri, yerel komiteler veya işçi temsilcilerine iş yeri yönetimi tarafından ücretleriyle orantılı bir miktar ödeme yapılır. Ödemeler sendika tarafından onaylanan bütçeye uygun ve toplu sözleşmede belirlenen sınırlar içinde olacak ve işletmedeki işçilere ödenen ücretlerin yüzde 2'sini aşmayacaktır. Fabrika komitesinin harcamaları için tahsis edilen miktar doğrudan iş yeri (veya kurum) yönetimi tarafından fabrika komitesine (yerel komiteye veya işçi temsilcisine), ücretlerin ödenmesi sırasında ödenir. Bu miktarlar fabrika komitesinin ve alt komitelerinin bütün üyelerinin harcamalarını karşılar. İş yeri yönetimi, fabrika komitesine iş yeri içinde ısıtma ve aydınlanması sağlanmış uygun bir yer verecektir. Daha fazla fabrika komitesi üyesinin ve belli sayıda atölye delegesinin gündelik işlerden muaf tutulduğu büyük iş yerlerinde, atölye delegelerinin ödemeleri fabrika komitesinin harcamaları için tahsis edilen ödenekten yapılır. Bu miktarların yetersiz kalması halinde fark sendika tarafından karşılanır.

Fabrika Komitesinin Çalışmaları

16. Fabrika komitesi görevlerini yerine getirmek üzere emeğin korunması, işçi eğitimi gibi alt komiteler oluşturur. Alt komitelerin etkinliklerini yönetir ve bu etkinliklerden sendika ve genel (ve delege) meclise karşı sorumludur. Alt komitelerin çalışmaları mesai saatleri dışında yapılır.

17. Fabrika komiteleri ve alt komiteler oturumlarına danışmanlar davet edebilir.

18. Fabrika komitesi sendika organlarının talebiyle sendikalara, ekonomik kurumlara ve Sovyetlere delege tayin eder.

19. Fabrika komitesi mesai saatleri içinde haftada en az bir kez toplanır. Fabrika komitesinin gündelik işlerden muaf tutulan üyeleri çalışmalarını mesai saatleri içinde yürütür.

20. Fabrika komitesinin kararları genel meclis veya delege meclisi ve sendika yönetimi tarafından iptal edilebilir.

21. Fabrika komitesi ayda en az bir kez genel işçi meclisini toplantıya çağırır. Genel meclis fabrika komitesi tarafından gündeme getirilen sorunları ve kendi belirlediği gündemi ele alır ve periyodik olarak fabrika komitesinin etkinliklerine ilişkin raporları tartışır.

22. Delege meclisi en az 15 günde bir toplanır. Delege meclislerinin yetkileri sendika merkez komitesinin onayladığı özel bir yönetmelikle belirlenir.

Fabrika Komitesinin Gözetimi

23. Fabrika komitesini seçen meclis, aynı zamanda, komitenin idari, ekonomik ve mali etkinliklerini kontrol etmek üzere 6 aylık bir dönem için 3 üyeden oluşan bir denetleme komitesi de seçer. Bu komite en az 3 ayda bir fabrika komitesinin idari, ekonomik ve mali etkinliklerini inceler ve gözetim raporunu genel meclise sunar. Komite aynı zamanda raporunun ve bulgularının bir kopyasını sendika yönetimine iletir.

https://toplumcutip.blogspot.com/2017/11/sovyetler-birliginde-emekcilerin.html

Akif Akalın – Toplumcu Tıp, 27 Kasım 2017

12. Bölüm: Sovyet Koşullarında Bilimsel Çalışmanın Örgütlenmesi

Sovyet iktidarı, Sovyet sağlık hizmetinin kuruluşundan itibaren, tıp biliminin Sovyet sağlık hizmetinin yollarını aydınlatmasını sağlamaya özen göstermiştir.

Sağlık Halk Komiserliği'nin (Narkomzdrav) kuruluşuyla eş zamanlı olarak, tıp biliminin en seçkin temsilcilerinden oluşan bir *Bilimsel Tıp Konseyi* kurulmuştur (1). Geniş akademisyen kitlesi, büyük bir coşkuyla bilimsel çalışmayı yaygınlaştırmaya koyulmuştur. Genişleyen tıbbi uygulama, bilimden sürekli yeni taleplerde bulunmuştur.

Pratik ve bilimsel faaliyetin yeni alanları (örneğin kaplıca bilimi, tüberkülozla mücadele vb.) ortaya çıkmıştır, ki bunlar hakkında daha önce yeterli bilgi yoktu. Bilimsel kurumların coşkulu büyümesi başlamıştır. Günümüzde tıp biliminin gerek tedavi edici, gerekse profilaktik hiçbir dalı yoktur ki, bir bilimsel kurum (ve çoğunlukla birkaç bilimsel kurum) tarafından yönetilmesin.

Dahası bilim, tedavi-önleyici kurumların ve sağlık organlarının pratik çalışmalarına derinlemesine nüfuz etmiştir. Büyük ya da küçük her hastanede, poliklinikte, dispanser ve sıhhi-epidemiyolojik istasyonda bilimsel çalışmalar yürütülmekte, sıklıkla adaylık (yüksek lisans) ve doktora tezleri düzeyine ulaşılmaktadır.

Sağlık organlarında pratik faaliyetin çeşitli konularında (doğum yardımı, terapi, cerrahi, kanserle mücadele, tüberküloz vb.) bilimsel danışmanlar çalışmaktadır. Böylece Sovyet tıp bilimi, Sovyet tıp pratiğine derinden nüfuz etmekte ve onunla sıkı sıkıya bağlanmaktadır.

Ancak mesele sadece bilimsel kurumların ve bilimsel çalışmaların niceliksel büyümesinde değil, SSCB Bilimler Akademisi Başkanı *S. İ. Vavilov*'un (2) ifade ettiği gibi "*bilimsel potansiyelin yüksekliğindedir*". Bu "bilimsel potansiyelin yüksekliği", büyük ölçüde Sovyet koşullarında bilimsel çalışmanın örgütlenmesinin özellikleriyle belirlenmektedir.

Birincisi, Sovyet tıp bilimi *Marksizm-Leninizm*'in sağlam temeline dayanmaktadır. Ve bu önemli durum bilimsel araştırmalara doğru yönü vermektedir.

İkincisi, planlama ilkesi bilimsel faaliyette de kendine uygulama alanı bulmaktadır. Dünyanın hiçbir yerinde bilimsel çalışma SSCB'de olduğu gibi planlanmaz. Planlılık ise yönelinelecek hedefi, amaca

yönelmişliği, düşünülmüşlüğü, ülkenin bilimsel çalışmadaki ihtiyaçlarına daha tam bir uygunluğu beraberinde getirir. Plan, bizim tarafımızdan öngörülen bilimsel çalışmaların basit bir toplamı olarak değil, bilimsel araştırmanın aktif olarak örgütleyen, araştırmacıları doğrudan ve daha kısa yola yönlendiren bir faktörü olarak anlaşılmaktadır.

Üçüncüsü, SSCB'de bilimsel çalışma kompleks olarak yürütülmektedir. Yabancı ülkelerde, bizimkilerden daha da zengin olabilen, zengin ve mükemmel şekilde temsil edilmiş hatırı sayılır sayıda bilimsel enstitü vardır, ancak her enstitü diğerlerinden "*kopuk*" olarak çalışmaktadır. Bunları "tıp merkezlerinde" birleştirme, çalışmalarını kompleksleştirme çabalarından hiçbir şey çıkmamıştır.

Bizde ise bilimsel enstitüler temas ve iş birliği içinde çalışmakta, aynı sorunu farklı yönlerden aydınlatmaktadırlar. Bir sorunun farklı yönlerden aydınlatılmasının, birinin çıkardığı sonuçların diğeri tarafından kontrol edilmesinin, sorunun daha doğru çözülmesini sağladığı son derece açıktır.

Çalışmaların kompleksleştirilmesi, sentez için zemin hazırlamaktadır. Günümüzde bilimsel araştırmanın tüm alanlarında devasa olgu materyali biriktirilmiştir. Artık görev, biriktirilen verilerin genelleştirilmesini ve sentezini yapmaktır. Böyle bir sentez, daha ileriye doğru gitmek için geniş perspektifler açmaktadır.

Bilimsel enstitülerin ve bilim emekçilerinin birbirleriyle teması farklı yollarla yürütülmektedir: bilim konseylerinde, bilimsel topluluklarda, kongrelerde, konferanslarda, tıbbi basında tartışılarak. Dünyanın hiçbir yerinde SSCB'de olduğu gibi bu kadar çok bilimsel topluluk, bilimsel kongre ve bilimsel çalışanların bu kadar çeşitli iletişim biçimleri yoktur.

Her yeni keşif bilimsel kamuoyu tarafından tartışılır, çünkü SSCB'de keşif bireylerin zenginleşme aracı (ve dolayısıyla sır) değil, herkesin yaşamını iyileştirme aracıdır. İşte tam da bu nedenle tüm keşifler halk tarafından coşkuyla karşılanmakta, böylece mucitler için tanınma, onur ve şöhrete giden geniş bir yol açılmaktadır.

Kompleksleştirme ve bilimsel çalışmada planlama ilkesinin uygulanması imkanı, bilimsel çalışmanın devlet eliyle ele alınmasıyla koşullandırılmaktadır.

Dördüncüsü, Sovyet tıp bilimi, yoldaş Stalin'in öncü bilime ilişkin direktiflerini izleyerek halktan kopmamaya, halka hizmet etmeye, zorla değil istekli, gönüllü olarak hizmet etmeye çalışmaktadır.

Tıp bilim insanları, sağlık hizmeti ihtiyaçlarını dikkatle gözetmekte ve bilgilerini, deneyimlerini, yeteneklerini bu ihtiyaçları karşılamak için sürekli olarak sunmaktadırlar.

SSCB'deki en yüksek bilimsel tıp kurumu da aynı ilkeler üzerinde çalışmaktadır — Tıp Bilimleri Akademisi (3). Akademinin çalışmalarının temelinde, tüzüğü gereği SSCB hükümetinin ve Sağlık Halk Komiserliği'nin talimatlarıyla tıbbın sorunları konusunda "*bilimsel uzmanlık*" görevi konulmuştur.

Buradan kesinlikle Sovyet biliminin yalnız pratikle meşgul olduğu, büyük kuramsal sorunlara yabancı olduğu sonucu çıkmaz. Bilimin tüm tarihi göstermektedir ki, bugün saf kuramsal arayışlar olarak görünen şeyler, yarın pratik çalışma için yararlı olmaktadır. Son olguyu hatırlatmak yeterlidir — atom çekirdeğinin parçalanması çalışmaları. Ve günümüzde "atom çekirdeği sorunu", şu ya da bu ölçüde bütün doğa bilimlerini ve tekniği (S. İ. Vavilov) ve tıbbı (nükleer tıp) ilgilendirmektedir.

Tıp Bilimleri Akademisi'nin varlığının ilk yılları (1944 yılında açılmıştır) doğal olarak esasen örgütsel konulara adanmıştır. Ancak bu 3 yıl içinde bile, Akademi en büyük bilimsel kurum haline gelmiş, bir dizi en büyük bilimsel sorunu ortaya koymuş ve çözmüştür. Akademinin yapısının derinlemesine bilimsel çalışmalar için sağlam bir temel sunan özelliği, içinde, kuram enstitülerinin (fizyoloji, biyokimya, patolojik anatomi, patofizyoloji, deneysel tıp enstitüleri) pratik enstitüleri ile (tıp alanındaki klinik, pediatrik, hijyenik vb. enstitüler) birleştirilmesidir.

Bu durum incelenen sorunların bilimselliğini, eksiksizliğini ve çok yönlü aydınlatılmasını garanti etmektedir. Örneğin beslenme sorunları, beslenme fizyolojisi (Beslenme Enstitüsü), beslenme hijyeni (Beslenme Enstitüsü) ve tedavi edici beslenme (Tedavi Edici Beslenme Kliniği) açısından ele alınmaktadır.

AÇIKLAYICI NOTLAR

1. Tıp, hijyen ve sanitasyon alanlarında bilimsel, pratik ve eğitsel kararlar alan, danışma ve yönlendirme yetkisine sahip merkezi bir üst kuruldur. Üyeleri:

- *Leva Aleksandroviç Taraseviç* (1868 – 1927): Konseyin ilk başkanı; öncü mikrobiyolog ve immünolog.
- *Yevgeni İvanoviç Marzinovski* (1874 - 1934): Tropikal hastalıklar ve parazitoloji uzmanı.
- *Aleksey Nikolayeviç Sysin* (1879–1956): Epidemioloji ve çevre sağlığı/hijyen öncüsü.
- *Pyotr Nikolayevich Diatroptov* (1858–1934): Hijyenist ve halk sağlığı araştırmacısı.
- *Nikolay Pavloviç Tezyakov* (1859-1925): Zemstvo (halk/köy) hekimliği ve epidemioloji uzmanı.
- *Petr İvanoviç Kurkin* (1858–1934): Sağlık istatistikçisi.
- *Mihail Nikolayeviç Şaternikov* (1870–1939): Fizyoloji ve beslenme bilimi öncüsü.

2. *Sergey İvanoviç Vavilov* (1891 - 1951), Sovyet fizikçi, 1945 yılından vefatına kadar SSCB Bilimler Akademisi'nin başkanlığını yaptı.

3. SSCB Tıp Bilimleri Akademisi SSCB'deki en yüksek bilimsel tıp örgütüydü. 30 Haziran 1944'te SSCB Sağlık Halk Komiserliği bünyesinde kuruldu.

OKUMA: GENÇLERE MEKTUP

Vatanımın bilime kendini adamış gençlerine ne dilemek isterdim?

Her şeyden önce, tutarlılık. Verimli bilimsel çalışmalar için bu hayati koşuldan duygusuzca bahsedemem. Tutarlılık, tutarlılık ve yine tutarlılık. Çalışmanızın en başından itibaren, bilgiyi kesinlikle sıralı bir şekilde biriktirmek için kendinizi eğitin.

Bilimin zirvelerine tırmanmadan önce temellerini öğrenin. Önceki bir konuyu iyice öğrenmeden asla yeni bir şeye kalkışmayın. Bilginizin eksikliklerini en cesur tahminler ve hipotezlerle bile örtbas etmeye çalışmayın. Bu baloncuk ne kadar göz alıcı ve ışıltılı olursa olsun, kaçınılmaz olarak patlayacak ve geriye sadece utanç kalacaktır.

Kendinizi ölçülü ve sabırlı olmaya alıştırın. Bilimin zorlu işini yapmayı öğrenin. Çalışın, karşılaştırın ve gerçekleri biriktirin.

Bir kuşun kanadı ne kadar mükemmel olursa olsun, hava desteği olmadan onu asla havaya kaldıramaz. Gerçekler, bilim insanının havasıdır. Onlar olmadan asla uçamazsınız. Onlar olmadan "teorileriniz" boş girişimlerden ibaret kalır.

Ancak araştırma yaparken, deney yaparken, gözlem yaparken, gerçeklerin yüzeyinde kalmaya çalışmayın. Sadece gerçekleri sıralayan kişiler olmayın. Kökenlerinin gizemini çözmeye çalışın. Onları yöneten yasaları ısrarla arayın.

İkincisi tevazu. Her şeyi zaten bildiğinizi asla düşünmeyin. Ve ne kadar yüksekten yargılanırsanız yargılanın, her zaman kendinize şunu söyleme cesaretine sahip olun: Ben cahilim.

Gururunuzun size hakim olmasına izin vermeyin. Gurur, katılmanız gereken konularda inatçı olmanıza, faydalı tavsiyeleri ve dostça yardımları reddetmenize ve objektiflik duygunuzu kaybetmenize neden olacaktır.

Yönettiğim ekipte atmosfer her şeydir. Hepimiz ortak bir amaç için bir araya gelmiş durumdayız ve herkes elinden gelenin en iyisini yaparak katkıda bulunuyor. Neyin "benim", neyin "senin" olduğunu ayırt etmek çoğu zaman zordur, ancak ortak amacımız bundan fayda görür.

Üçüncüsü, tutku. Unutmayın ki bilim, bir insanın tüm hayatını gerektirir. Ve iki hayatınız olsa bile, ikisi de yeterli olmazdı. Bilim büyük çaba ve tutku gerektirir. İşinizde ve uğraşlarınızda tutkulu olun.

Vatanımız bilim insanları için büyük fırsatlar sunuyor ve hakkını teslim etmek gerek; ülkemizde bilim, hayata son derece cömertçe dahil ediliyor. Hem de aşırı derecede.

Ülkemizdeki genç bir bilim insanının konumu hakkında ne söyleyebiliriz? Gayet açık. Onlara çok şey veriliyor, ama onlardan da çok şey bekleniyor. Ve gençler için, tıpkı bizler için olduğu gibi, ülkemizin bilime duyduğu büyük umutları karşılamak bir onur meselesi.

https://toplumcutip.blogspot.com/2026/07/genclere-mektup-ivan-petrovic-pavlov.html

İvan Petroviç Pavlov – Toplumcu Tıp, 15 Temmuz 2026

13. Bölüm: SSCB'de Yüksek Tıp Eğitimi

SSCB'deki bütün sağlık hizmeti sisteminin devlet tarafından örgütlenmesi, SSCB'de yüksek tıp eğitiminin kurgusunu da belirlemiş ve şekillendirmiştir. Ve bu konuda kapitalist yabancı ülkelerdeki uygulama ile SSCB'deki uygulama arasında, devasa bir *ilkesel* fark vardır. Bu konuda Sovyet tıbbı kendine özgü, yeni bir söz söylemiştir.

Fark sadece niceliksel değil, en önemlisi *nitelikseldir*.

1913 yılında Çarlık Rusyası'nda var olan 13 tıp fakültesi yerine, 1946 yılında SSCB'de 72 yüksek tıp eğitim kurumu bulunmaktaydı. Bu kurumlarda okuyan öğrencilerin sayısı devasa bir rakama, 116 bin kişiye ulaşmaktadır (1913 yılındaki 8.500 öğrenciye karşılık). Çalışmanın niceliksel ölçeği budur.

SSCB'deki doktor sayısı 1940 yılında 130 bin 400 kişiydi. Savaş sonrası beş yıllık plana göre 1950 yılında 223 bin 900 kişiye ulaşmalıdır. Bu niceliksel hacim her şeyden önce, dış ülkelerin aksine, SSCB'de yüksek tıp eğitiminin herkese açık olmasıyla açıklanmaktadır: başarılı öğrenciler burslarla desteklenmekte, şehir dışından gelenlere yurtlar sağlanmakta, öğrenciler kendileri için özel olarak örgütlenmiş yemekhanelerden yararlanmaktadır.

Tüm bunlar yüksek tıp eğitimini toplumun geniş kesimleri için erişilebilir kılmaktadır. Yüksekokulların kapıları çalışanların çocuklarına ardına kadar açıktır. Örneğin ABD'nin aksine SSCB'de, eğitim için yüksek ücret ödemeye gücü yeten zenginler için “birinci sınıf” ve imkanı olmayanlar için “ikinci sınıf” yüksekokullar yoktur.

SSCB'de tüm yüksekokullar niteliklidir, eğitim ve araştırma faaliyeti için gerekli her şeyle eşit düzeyde donatılmıştır. SSCB'deki yüksekokul ağı, uzak bölgeleri ve ulusal cumhuriyetleri de tatmin edecek şekilde dağıtılmıştır. Ulusal yüksekokullarda yerli halktan kadroların hazırlanmasına özel dikkat gösterilmektedir.

Lenin ve Stalin’in ulusal politikası, ulusal tıp kadrolarının hazırlanmasında ve bunların sağlık kurumlarını sağlamasında kendi uygulamasını bulmaktadır. Yüksekokulların kürsülerinde ve kliniklerinde sadece pedagojik çalışmalar değil, aynı zamanda devasa bir araştırma faaliyeti

yürütülmekte, bilim emekçisi kadroları yetiştirilmektedir. Ancak SSCB'deki tıp eğitimi kurgusunun dış ülkelerinkinden en önemli farkı, öğretimin bizzat *karakteri ve içeriğinde* yatmaktadır.

Öğretimin temeli, yoldaş Stalin'in şu sözlerinde ifade edilen ilkedir:

> "*Tıp uzmanının fizikçi veya botanikçi uzmanla, ya da tam tersi, bir arada olması şart değildir. Ancak bir bilim dalı vardır ki, bilimin tüm dallarındaki bolşevikler için bilinmesi zorunludur, bu da Marksist-Leninist toplum bilimidir, toplumun gelişme yasalarıdır, proleter devrimin gelişme yasalarıdır, sosyalist inşa sürecinin gelişme yasalarıdır, komünizmin zaferidir*" (1).

Sovyet yükseköğretim kurumlarının araştırma ve öğretim (eğitim) faaliyetleri de bu ilkeye dayanmaktadır. Materyalist dünya görüşü, yegane bilimsel dünya görüşüdür. Bu durum, özellikle tıp eğitiminde akılda tutulmalıdır, çünkü bilimsel tıp, idealist veya vitalist yaklaşımlarla (2) bağdaşmaz.

Yüksek tıp eğitiminin temel görevi, bilimsel olarak eğitilmiş ve materyalist düşünen hekimler yetiştirmek olduğundan, öğretim metodolojisine, ders programlarına, derslerin örgütlenmesine, pratik çalışmalara ve öğrencilerin stajlarına özel bir önem verilmektedir.

Yüksekokullar, hekimleri her şeyden önce sağlık kurumlarındaki pratik çalışmalar için hazırlamaktadır. 23 Temmuz 1930 tarihli hükumet kararnamesiyle tüm yüksekokullar, "operatif" halk komiserliklerinin (günümüzdeki bakanlıkların) yetkisine devredilmiştir. Bu sayede öğretim ile yaşamın talepleri arasında daha sıkı bir bağ kurulmaktadır (3).

Yüksekokullar halk içinden çıkmış, halka hizmet eden, zorla değil gönüllü ve istekli bir şekilde hizmet eden hekimler mezun etmektedir. Ancak bu durum, bütün yüksekokulların çalışmalarının örgütsel ve metodolojik yönetimindeki birliğini hiçbir şekilde ortadan kaldırmaz.

Uzman yetiştirilmesinde planlılık ve birlik kuralı, tek bir örgütsel-metodolojik merkez olan Yüksek Eğitim Bakanlığı tarafından gerçekleştirilmektedir. Bu Bakanlık aynı zamanda yüksekokullardaki yükseköğretim kadrolarının seçimi ve dağıtımıyla da ilgilenmektedir.

Yüksekokullar, genç bilim insanı adaylarının yetiştiği ana rezervuar (havuz) konumundadır. Öğrenciler arasında çeşitli uzmanlık dallarında "*bilimsel çemberler*" yaygındır. Bu çemberler, öğretim elemanlarının rehberliğinde çalışan, öğrenci bilimsel derneklerinde birleşmektedir (4).

Tıbbın herhangi bir disiplinine veya uzmanlık alanına eğilim gösteren yetenekli öğrenciler, daha fazla gelişme kaydetmek üzere asistan (ordinatör) olarak, mezuniyetten sonra yüksekokullarda kalırlar. Yüksekokullar, genç bilim insanları tarafından adaylık ve doktora tezlerinin hazırlanmasına (ücretsiz olarak) her türlü desteği sağlamaktadır.

Yüksekokullarda eğitimin kalitesini artırmak amacıyla altı yıllık eğitim süresi getirilmiştir. Bu, önceden beş yıl olan eğitime mekanik olarak bir yıl eklenmesi değil, tüm öğretim programlarının kökten gözden geçirilmesi ve hem kuramsal hem de klinik disiplinlerde eğitimin derinleştirilmesi anlamına gelmektedir.

Sovyet hekimi, dar bir mesleki teknisyen değil, derin ve çok yönlü bilimsel eğitime sahip bir hekim olmalıdır. *Hekim Geliştirme Enstitüleri* (5) ve büyük tedavi-profilaksi kurumları, hekimlere niteliklerini ve uzmanlıklarını artırma imkanı sunmaktadır.

Böylece Sovyet sağlık hizmeti, sadece geleceğin hekimlerinin eğitimini organize etmekle kalmamakta, aynı zamanda onların bilgilerini artırmalarına yardımcı olmakta ve bu sayede Sovyet halkına sunulan tıbbi hizmetin kalitesini yükseltmektedir.

Tüm bunlarda, SSCB'deki yüksek tıp eğitimi düzeninin yabancı ülkelerinkinden temel farkı yatmaktadır. Böylece, yüksek tıp eğitimi alanında da aynı ilke egemendir: her şeyin devlet eliyle planlı organizasyonu ve Sovyet halkının ihtiyaçlarının karşılanması.

AÇIKLAYICI NOTLAR

1. *Stalin*'in bu ifadeleri, Sovyetler Birliği Komünist Partisi'nin 10 - 21 Mart 1939 tarihleri arasında Moskova'da düzenlenen 18. Kongresi'nde sunulan Merkez Komitesi Çalışmaları Hakkında Rapor'da yer almaktadır. İfadenin bağlamı şöyledir:

> "*Genç kadrolarımızın eğitimi ve şekillendirilmesi genellikle uzmanlaşma çizgisi doğrultusunda, bilim veya teknolojinin belirli bir dalında ilerler. Bu gerekli ve arzu edilen bir durumdur. Tıpta uzmanlaşmış bir kişinin aynı zamanda fizik veya botanikte uzmanlaşmasının veya tam tersinin hiçbir nedeni yoktur. Ancak Bolşeviklerin tüm bilim dallarında bilmekle yükümlü oldukları bir bilim dalı vardır ve bu da Marksist-Leninist toplum bilimi, toplumsal gelişme yasaları, proletarya devriminin gelişme yasaları, sosyalist inşanın gelişme yasaları ve komünizmin zaferidir. Çünkü kendini Leninist olarak adlandıran bir kişi, kendini uzmanlık alanına, örneğin matematiğe, botanik veya kimyaya kapatıp bu uzmanlık alanının ötesinde hiçbir şey görmezse, gerçek bir Leninist olarak kabul edilemez*".

2. Vitalist yaklaşım (vitalizm), canlı organizmaların sadece fiziksel ve kimyasal yasalardan ibaret olmadığını, yaşamın arkasında "*yaşam gücü*" (vis vitalis) adı verilen, mekanik dışı bir enerjinin bulunduğunu savunan felsefi ve biyolojik görüştür. Kökenleri Antik Yunan'a kadar uzanan bu yaklaşım, canlının cansız maddelerden radikal bir şekilde ayrıldığını öne sürer. Homeopati (yaşam enerjisini dengeleme), akupunktur (Qi/Çi enerjisi) ve ayurveda (Prana) gibi pratikler vitalist felsefeden beslenir.

3. 23 Temmuz 1930 tarihli Kararname ile üniversiteler bünyesindeki tıp fakülteleri, Eğitim Halk Komiserliği'nden (Narkompros) alınarak, doğrudan Sağlık Halk Komiserliği'ne (Narkomzdrav) bağlanmış ve bağımsız "Tıp Enstitüleri" haline getirilmiştir. Bu reformun temel amacı, tıp eğitimini kuramsal bir akademik disiplin olmaktan çıkarıp, doğrudan devletin pratik sağlık ihtiyaçlarına ve hastane pratiklerine hizmet edecek kitlesel bir yapıya dönüştürmektir.

Hekimler mezun olmadan önce sanitasyon (halk sağlığı), epidemiyoloji, genel tıp veya pediatri gibi spesifik "operatif" alanlara yönlendirildi (erken uzmanlaşma). Birinci Beş Yıllık Plan'ın (1928 - 1932) yarattığı hızlı endüstrileşme ve kentleşme dalgasına paralel olarak, fabrikalarda ve kolektif çiftliklerde (kolhoz) ortaya çıkan hekim açığı bu yöntemle kapatılmaya çalışıldı.

4. Yazar burada, öğrencileri erken aşamada bilimsel araştırmalara dahil eden ünlü "*Öğrenci Bilim Dernekleri*" (Nauchnoye Studencheskoye Obshchestvo - NSO) modelini tanımlamaktadır. "*Bilimsel Çemberler*" (Kruzhki), öğrencilerin ilgilendikleri spesifik alanlarda (örneğin fizik, kimya, botanik veya tarih) ders dışı zamanlarda bir araya geldikleri, laboratuvar çalışmaları veya kuramsal tartışmalar yürüttükleri mikro gruplardır.

5. Mezuniyet sonrası "sürekli eğitim" kurumları.

OKUMA: SAĞLIK HEKİMLERİNİN EĞİTİMİ ÜZERİNE

Eğer sadece kuram ve pratiğin, bilim ve yaşamın organik birliğine dayanan Marksist doktrine dayalı bir tıp sisteminin, işçi sınıfının sağlığını bireyin değil tüm kolektifin sağlığının korunmasının, sadece tedavinin değil önlemenin iyileştireceğini iddia ediyorsak, o zaman işçilerin bu cephede, yaşamın kendisinin dikte ettiği kesin hızda ve buna uygun bir ideolojiyle eğitilmesi için tüm önlemlerin alınması şarttır.

Burada şu soruyu sormak yerinde olur: Modern bir tıp fakültesi mezunlarına ne sunuyor? Esasen kimi yetiştiriyor? Tıp fakültesi mezunu bir hekim midir?

Modern bir tıp fakültesi, muazzam iş yüküne rağmen, sadece genel tıp, öncelikle kuramsal gelişim sağlar ve tıp fakültesi mezunu bir hekim değildir. Yalnızca potansiyel olarak ve resmi olarak (diploma aracılığıyla), daha sonra pratikle resmileştirilen ve tanınmış hekimlere dönüşen genleri alır.

Gerçekten de bir tıp fakültesi mezunu, kendini geliştirme ve pratikle, genel pratisyen veya bir uzmanlık dalında uzman olma fırsatına sahip midir ve olabilir mi?

Evet, öyle; çünkü modern tıp fakültesi, geleceğin hekimlerine pratisyen hekim olmaları için önemli nitelikler kazandırıyor: kuramsal eğitim, ideolojik yönelim, ortak bir tanı ve tedavi metodolojisi ve en önemlisi, belirli bir eğilim aşılıyor ki, bu da neredeyse yüzde 100 oranında, onların daha sonra pratisyen hekim olarak şekillenmesini önceden belirliyor.

Gençlerin sağlık doktoru olmadıklarını duymak garip. Beş yıl aynı yerde, üç yıl insan patolojisinin özel atmosferinde, aynı tedavi ideolojisiyle çevrili bir ortamda, pratikte ve nihayetinde, halk arasında hekimin otoritesiyle ilişkili belirli maddi ve manevi avantajlar — tüm bunlar "eldeki kuş" gibidir.

Ama tıp fakültesinden yeni mezun birinin zihninde sağlık hekimi nedir?

Bu, belirsiz, biçimsiz, belki de bir hekimle pek ortak noktası olmayan, daha çok çadırları ve tezgahları denetleyen, ofis işleriyle ve bu faaliyetle ilişkili pazara özgü kaba çatışmalarla uğraşan özel nitelikli bir polis memuruna benzeyen bir şeydir.

Elbette, bu “buketin” tamamı, tıp fakültesinden mezun olsa bile, ideolojik olarak “hazırlıklı” olmayan bir kişiye hitap etmez. Bu doğru mu? Tıp fakültesi mezunu bir sağlık hekimi olmaya hazır değil mi?

16 yıllık tıbbi gözlem ve deneyimime dayanarak ve sağlam argümanlara güvenerek, vicdanım rahat bir şekilde şunu söyleyebilirim: Evet, doğru! Tıp fakültesi bir sağlık hekimine ne uygun yönlendirmeyi, ne eğitimi (kuramsal, metodolojik ve pratik), ne de en önemlisi, bir meslek ve yurttaşlık sorumluluğunun kaçınılmazlığıyla onu bu dikenli yola itecek olan motivasyonu sağlamaz.

Birçok öğrenci, sağlık hekimi olma konusundaki isteksizliklerini şu şekilde açıklıyor:

> “*Bu nasıl olabilir? Bir şey okudum, ama şimdi başka bir şey yapmak, yeniden eğitim almak zorundayım — beş yılı boşa harcamaya değmezdi*”.

Bu elbette tamamen doğru değil. Aşırı bir durum, ne hakkında konuştuğunu bile bilmeyen, yani sağlık ve koruyucu faaliyetlerin hakları, sorumlulukları, işlevleri, yöntemleri ve uygulamaları hakkında belirsiz bir anlayışa sahip birinin korkusu. Ama açıkçası, bu tür açıklamalar yapan kişilerin iddiaları için bir dayanağı var. Sonuçta, devrimden bu yana geçen tüm dönem boyunca sağlık teşkilatının Damokles'in Kılıcı gibi asılı kalması ve “personel yok” kelimelerinin ateşli harflerle yazılması boşuna değil.

Ülkenin kolektivizasyonu ve sanayileşmesini hesaba katan beş yıllık plan, konunun genel gelişimine ek olarak yüzlerce, hatta belki de binlerce kişiye daha ihtiyaç duyacak. Bunlar nereden gelecek? Günümüzde bile, bir sağlık doktorunu yetiştirmenin en iyi yolunun, tıp fakültesinden mezun olduktan sonra iki veya üç yıl yerel bir hastanede çalışmak olduğuna dair geleneksel inanış devam etmektedir: Hayat, derler ki, en iyi okuldur.

Evet, diyeceğiz: Bir zamanlar böyle bir sonuç en iyi çözümdü, çünkü başka seçenek yoktu, hatta hayal bile edilemezdi! İsterseniz, bugün bile (bazı durumlarda) yerel hastane aracılığıyla sağlık personeli yetiştirebiliriz. Ancak bu yöntem yalnızca “ters” bir yaklaşımdır, yani doktorun kendi deneyiminden ayakta tedavi yönteminin tamamen faydasız olduğuna ikna olduğu durumlarda geçerlidir.

Bu geçmişte daha kolaydı, ancak şimdi, eğitim gören doktorun çalışma alanının genişlemesi, daha iyi koşulların yaratılması, daha fazla uzmanlaşma imkanı ve koruyucu bakım ve kelimenin tam anlamıyla "gençleştiren" tıbbi muayeneler göz önüne alındığında, bu yolun uygun olduğu düşünülemez. Ve öyle olsa bile, yine de mükemmel olmaktan çok uzak, çünkü "yenilenmiş genel tıp karşı konulmaz bir cazibe haline geliyor".

Yön duygusunun, nüfusa yaklaşımın özümsenmesinin, salgınlarla mücadele deneyiminin ve halk sağlığı eğitim uygulamalarının ötesinde, bu ampirik olarak kanıtlanmış sağlık personeli yetiştirme yöntemi bile başka bir şey sunamaz. Dahası, 2 – 3 - 4 yıl içinde, belirtilen nedenlerden dolayı tıp fakültesinden edinilen tıbbi zihniyet daha da güçlenecek ve kişi sağlık teşkilatına kendini kaptıracak, hayat her adımda bunu doğruluyor.

Son yıllarda kullanılan yöntemler, yani stajlar ve uzmanlık kurslarında ileri eğitim. Ne yazık ki, tıp fakültesinden doğru zihniyeti edinmeyen stajyer adaylarının yarısından fazlası, ya tedaviyle ilgili stajı alamadıkları için, ya da doğrudan kırsal kesime gitmek istemedikleri için hijyen alanında staj yapmaya devam ediyor. Ve bazı akıllı stajyerler (kişisel gözlemimiz) hijyen çalışmalarını jinekoloji veya nöroloji kliniklerindeki çalışmalarla birleştirmeyi başardılar. Bu tür bir anormalliğin etiyolojik faktörü nedir? Doğuştan gelen yapı mı, yoksa dış çevre mi? Diyalektik olarak tutarlı olmak için, burada birincil etiyolojik faktörün dış çevre olduğunu kesin olarak kabul etmeliyiz.

Bu sonuncuyu temel etkileyici unsurlarına ayırdığımızda, burada da bir ikilemle karşı karşıya olduğumuzu görüyoruz: ya hayatımızın tamamının etkisi (aile, çevredeki toplumun gelenekleri, gelecekteki bir mesleğin uygunluğu ve faydasına dair kişisel izlenimler, hayatın daha acil talepleri vb.), ya da okul.

Küçük burjuvazinin geleneklerinin, zanaatkar pratikliği ve faydalılığı ideolojisinin hayatımızda güçlü olduğunu kimse inkar edemez. Gerçekten de, bunlar o kadar güçlü ve okul o kadar güçsüz ki, ülke hala "ideolojik olarak sağlam ve metodik olarak eğitilmiş" tam bir sağlık doktoru kadrosu oluşturamıyor.

Son deneyimler, kurslar aracılığıyla bile sağlık teşkilatının yalnızca kısmen ve niteliksel olarak yetersiz bir şekilde yenilendiğini göstermiştir. Metodolojik olarak bu yaklaşım, şimdiye kadar belki de en iyisiydi, ancak örgütsel olarak kusurluydu, çünkü sağlık personeli eğitim sorununu tam olarak çözemedi.

Yenileme kurslarına gelince, söylenebilecek tek şey, bunların sonuçta mevcut sağlık doktorlarına veya sağlık teşkilatına geçmek isteyen öğretim görevlilerine hizmet etmek üzere tasarlandığıdır. Birinciler sayılmaz ve ikinciler, Rusya Sağlık Halk Komiserliği'nin kurslarından anladığım kadarıyla, çok az ve seyrektir.

Belki de Amerikan sistemi tatmin edici olurdu: sağlık teşkilatı amaçlarına dar bir şekilde uygulanabilir kısaltılmış bir tıp fakültesi kursu, ardından uzmanlaşmış bir sağlık enstitüsünde iki yıllık yenileme eğitimi ve ilgili bir sağlık kurumunda bir yıllık staj?

Bu yaklaşım iyi. Evet, sonuçta sağlık alanında zaten çalışanlar dışında kimse talep etmiyor. Sonuçta, mevcut personelin yerini alacak ve onları tamamlayacak yeni personelden bahsediyoruz. Bu sistem, mevcut sağlık doktorlarının iyileştirilmesi ve daha da uzmanlaştırılması amacıyla yeniden eğitilmesi konusu ortaya çıktığında (ve bu şimdi, hemen olacak - hayat bunu gerektiriyor, Parti, eğitimsiz personelin üstesinden gelemeyeceği görevler belirliyor) gerçekten uygundur. Bu sistem, sağlık ve koruyucu tıp üniversitesinden mezun olan uzmanların -geleceğin sağlık doktorlarının- yetiştirilmesi için de uygun olacaktır (bu daha sonra ele alınacaktır).

Görünüşe göre, "sağlık örgütlenmesi krizi" bir kısır döngüdür. Elbette sadece bir faktöre -tıp eğitimi ve öğretimine- değil, diğer faktörlere de bağlı karmaşık bir sorundur. Büyük olasılıkla, burada birçok bilinmeyenle karşı karşıyayız ve bunların gerçek yüzü, dikkatli ve ayrıntılı bir analizle hala ortaya çıkarılabilir.

Öncelikle, genel halk arasında günümüze kadar varlığını sürdüren ve tesadüfen tıp mesleğinin psikolojisinden de henüz tamamen kaybolmamış olan "tedavi etmeyen doktor değildir" şeklindeki geleneksel görüş hakkında birkaç söz söylemek gerekir. Birçok genç doktor, hekim olarak itibarlarını ve bununla ilişkili otoriteyi kaybetme korkusunun, bu alanda çalışmaktan çekinmelerinin nedenlerinden biri olduğunu doğrudan belirtmektedir.

Gerçekte, bir sağlık hekimi elbette ki bireysel bir hekim değildir ve özünde, halk sağlığının korunması için bir "mühendistir". Bu ikinci unvan da onurludur, ancak gerçek şu ki, bir sağlık hekimi şu anda iki arada bir derede kalmıştır: aslında, ne bir tavus kuşu, ne de bir kargadır.

Sağlık hekimi unvanının her zaman onursal, yetkin olduğu, "seçilmişler", "en iyiler" vb. tarafından kullanıldığına kabul edilebilir. Evet, durum böyledir. Ancak şimdi gidecek başka yeri olmayanlar,

“tıbbi kariyerde başarısız olanlar”, askeri personel, yöneticiler ve mesleklerini takip eden sağlık hekimleri gibi birkaç istisna dışında, oraya gidiyorlar. Bu görüş hem tıp üniversitelerinin duvarları içinde, hem de pratik hekimler arasında yaygındır. Ve saklanacak bir günah yoktur, burada bir doğruluk payı vardır.

Sıradan sağlık hekimlerinden bahsetmeye gerek bile yok, üniversitelerin akademik ve öğretim kadrosu bile eski sistemdeki eğitim eksikliklerini ve kusurlarını acı bir şekilde hissediyor. Bu sistem, en iyi ihtimalle, ya hekimlikten kimyagerliğe dönüşmüş ofis laboratuvar teknisyenleri (deneysel hijyen) yetiştirdi, ya da eski halk sağlığı doktorları ve örgütleyicileri kadrosundan sosyal hijyen temsilcileri seçti.

Birincisi, sosyal bilimler ve tamamen hijyenik-teknik alanda yetkinlikten yoksun kaldı ve bunun sonuçları şunlar oldu:

1) Tüm çalışmaların çağın ruhuna (tıpta Marksizm, Leninizm) uygun olarak yönlendirilmesinde istikrarsızlık,
2) Teknolojiyle ilgili konularda genel hijyenin zayıf otoritesi ve
3) Sosyal ve mesleki hijyen gibi alt bilimlere kıyasla sosyal açıdan özgül ağırlığının sürekli azalması.

Bu durum, deneysel hijyen ve temsilcilerinin laboratuvarın dört duvarı arasına hapsedilmesine ve zayıf bakteriyolojik eğitimin, epidemiyoloji alanını neredeyse tamamen mikrobiyologlara devretmesine yol açtı ki bu, bizim görüşümüze göre yanlıştır.

Sosyal hijyenistlerin eğitimi metodolojik açıdan yetersizdir, çünkü şüphesiz ki, antropometri ve istatistiğin yanı sıra, bir sosyal hijyenist temel hijyenik analiz tekniğine de hakim olmalıdır. Modern tıp fakülteleri bunların hepsini sağlamamaktadır ve sosyal hijyene kendini adamış kişiler, çalışmalarını ya geçici bir şekilde ya da ilgili hijyen enstitülerinde tamamlamak zorunda kalmaktadır.

Sosyal ve deneysel hijyeni ayrı enstitüler kurarak keskin bir şekilde ayırmayı bile uygun görmek neredeyse imkansızdır. Bu iki alan, bilimsel, pedagojik (uzman yetiştirme) ve pratik açılardan faydalı olacak şekilde, ayrılmaz bir şekilde sürekli bir bağlantı içinde olmalıdır, çünkü aslında aynı konuya sahip oldukları için birbirlerini tamamlamaktadırlar: *çevre koşullarını iyileştirme*.

Sadece üniversitelerin uzmanlık alanları ve bölümleri birbirinden ayrılmalıdır, bilimsel araştırma kurumları veya bilimsel-pratik türündeki kurumlar değil. Bu konuya sadece kısaca değindim, çünkü öğretmenlerin, hijyen uzmanlarının ve yükseköğretim disiplinlerinin eğitimi, tüm sağlık personelinin eğitimine kıyasla daha düşük öneme sahiptir.

"Sağlık personeli krizinin" etiyolojik zincirindeki en önemli bağlantılardan biri de, daha önce birçok kez ele alınan (Mekhonoshin, Rudolfi, A. N. Sysin ve diğerlerinin makalelerinde) yetersiz maddi güvenceleridir.

Ancak bizim bakış açımızdan daha da önemli olan nokta, ilçe ve bölge düzeyindeki sağlık hekiminin çalışmalarını sürdürebileceği bir temele, bilgisini en üst düzeyde uygulayabileceği (eğer uygun şekilde eğitilmişse) ve aynı zamanda görevlerini en verimli şekilde yerine getirebileceği bir ortama sahip olmamasıdır. Bu ortam, huzur içinde çalışabileceği ayrı bir odada bulunan bir laboratuvarı ve ulaşımı içermelidir. Bu yapılana kadar "memnuniyetsizlik" olacak, sağlık teşkilatından personel kaybı yaşanacak, sağlık hekimleri hem özel sağlık, hem de genel tıp alanlarında yetersiz kalmaya zorlanacak ve en kötü durumda, Çehov'un tipleri gibi kendilerini içkiye verecekler. Tüm bunlar, elbette, sağlık personelinin yenilenmesini iyileştirmeye yönelik ciddi bir darbedir.

Ukrayna'nın kıdemli tıp öğrencilerinden başlayarak uzmanlaşmayı uygulamaya koyma konusundaki ilginç deneyimi hala o kadar sınırlı ki, hala sürekli duyduğumuz gibi, tüm sistemin başarısızlığından bahsetmek belki de erken. Her halükarda, bu yaklaşım yapılması gerekenlere en yakın olanıdır. Ve sağlık hekimlerinin eğitimi konusunda bir şeyler yapılmalı ve bu hemen yapılmalı, aksi takdirde çok geç olacak, çünkü "kayışı çekenler" bile boğulmaya başlıyor ve onlara bakıldığında, bu özel tıbbi intihar türüne yeni heveslilerin sayısı giderek azalacak gibi görünüyor.

Sıhhi (sağlık) hekimlerin eğitimi söz konusu olduğunda, klişelere düşmek, meseleyi tek bir formüle indirgemek, sıhhi hekimlerin tamamını "aynı kefeye koymak" mümkün değildir. Sorun, "ünitaristler" ve "düalistlerin" düşündüğünden daha karmaşıktır.

Ünitercilikten kastımız, tıp fakültesinin sadece genel tıp eğitimi vermesi, ardından bazılarının sağa, örneğin tedavi kanalına, diğerlerinin sola - sıhhi kanala - yönelmesi yönündeki isteklerini dile getiren tıp kitlelerinin ruh halidir. Bu bakış açısının kabul edilemezliğini yukarıda kısmen ifade ettik. Şimdi de tam olarak bu tutumun "krize" yol açtığını ve hiçbir ek çözümün meseleyi

düzeltemeyeceğini ekleyeceğiz. Tıp üniversitelerinin hijyenik çalışmaya hazırlama ruhuyla eğitmesi için, sadece hijyenik disiplinler için saatlerin artırılması yeterli değildir, çünkü bu, kliniklerde, hasta yatağında vb. canlı çalışma koşullarının zehrine karşı koyamayacaktır. Burada, sorunun kökenine inmek ve onu bulduktan sonra ayrıntılı olarak analiz etmek gerekir:

Bu nedir, sağlıklı mıdır, ihtiyaç duyulan meyve veren bir ağaç verecek midir, yoksa vermeyecek midir; ikinci durumda, tek tek dalların "gençleştirilmesi" veya yapay "aşılanması" yerine, tüketicinin, yani devlet ve halkın, meyvesi için var olan toprak, iklim ve gereksinimlerle daha yakından uyumlu yeni bir kök almak daha iyi değil midir?

Daha doğru, ancak sert bir yaklaşım "düalistler" tarafından benimsenmektedir. İkilik derken, yükseköğretim kurumlarındaki bazı hijyen bölümü başkanlarının (bu makalenin yazarı da dahil olmak üzere) tıp fakültesini "iki fakülteye" ayırma konusundaki düşünce biçimini kastediyoruz:

1) Tedavi ve önleme,
2) Hijyen ve mühendislik.

Bu yaklaşım için gerekçeler var mı? Evet, var ve çok ikna edici gerekçeler.

İşlerinin doğası gereği, genel sağlık doktorlarının (şehir, köy, uzmanlık ve diğer özelliklere göre farklılaşmaları aşağıda ele alınacaktır) kesinlikle aşağıdaki disiplinlere ihtiyaçları vardır. Bu disiplinler ya tıp fakültelerinde mevcut değildir, ya da bir sağlık hekimi için çok dar bir kapsamda incelenmektedir: teknik üniversitelerin programı çerçevesinde istatistik ve teknik bilimlerin temeli olarak ileri matematik; kimya fakülteleri çerçevesinde kimya, epidemiyoloji ile bakteriyoloji; mimari temelleri, yerleşim alanlarının iyileştirilmesi, sıhhi hidrolik mühendisliği, gıda temini, depolama ve dağıtım teknolojisi ve antropoloji (kısaltılmış ve pratik) gibi uzmanlaşmış teknik bilimler; komünist üniversitelerin programı kapsamında genel politik: istatistik, politik ekonomi, ekonomi politikası, tarihsel ve diyalektik materyalizm; ayrı bölümler şeklinde hijyenik disiplinler:

a) sıhhi eğitim ve sıhhi yayıncılıkta eğitim ile sosyal hijyen;
b) mesleki sağlık,
c) iş güvenliği,
d) beden eğitimi,
e) genetik eğitimi,

f) sosyal beslenme ve beslenme fizyolojisi eğitimi ile diyetetik,
g) sağlık planlaması eğitimi ile idari hijyen,
h) askeri,
i) pedagoji eğitimi ile okul,
j) anne ve çocuk hijyeni,
k) toplumsal hijyen ve
l) dezenfeksiyon, haşere kontrolü ve farelerden arındırma çalışmaları.

Temelde, bu disiplinler döngüsünün tamamı, genel bir sağlık doktorunun eğitimi için kesinlikle gereklidir. Şimdi, her zamankinden daha çok, daha dar bir uzmanlaşmanın zamanı geldiği aşikardır. Bu nedenle, "sağlık mühendisliği" fakültesinin programı, ilgili disiplinlere vurgu yaparak ana uzmanlık alanlarını belirlemelidir.

Genel tıp bilimlerine gelince, Sıhhi Mühendislik Fakültesi'nin anatomi, fizyoloji (Tıp Fakültesi müfredatına uygun olarak), tanı, genel patoloji, bulaşıcı hastalıklar (özellikle sosyal ve günlük hastalıklara odaklanarak), en önemli meslek hastalıkları ve acil ilk yardım konularında kısaltılmış derslerle sınırlı kalması mümkün olabilir.

Bazıları patoloji, bulaşıcı hastalıklar ve meslek hastalıklarının da tamamen ortadan kaldırılması gerektiğini düşünüyor, ancak bu çok ileri gitmek olurdu!

Şunu sormak akla gelebilir: Bu sağlık fakültesinden kimler mezun olacak? Doktorlar mı, yoksa sağlık mühendisleri mi?

Mesele elbette isim değil, özüdür. Böyle bir reformun gerekliliği, uygulanabilirliği ve pratik olarak gerçekleştirilebilirliğidir (bugün veya önümüzdeki beş yıl içinde). Sağlık fakültesinin birincil amacı, halk sağlığının korunmasında ve temel önleyici ve öjenik görevlerle ilgili sosyal ve çevresel koşulların iyileştirilmesinde yüksek nitelikli çalışanlar yetiştirmek olduğundan, mevcut sağlık hekimleri kadrosunun reforme edilmiş bir şekilde yerini alacak olan mezunlar da, sağlık hekimi olarak adlandırılmalıdır.

Sağlık hekimlerinin çalışmaları, bilindiği gibi, şu anda verimlilik unsurundan yoksundur ve kontrol fonksiyonları tarafından baskılanmaktadır. Birçok pratisyen hekim, bunun önerilen sistemin en büyük eksikliği olduğunu belirtmektedir. Gerçek şu ki, sağlık hekiminin görevleri, yaşam

koşullarının denetimi, yerleşim alanlarının iyileştirilmesi, beslenme, iş güvenliği ve standartları (iş hijyeni), su temini, salgın hastalıklar ve okul hijyeni de dahil olmak üzere hayati ve temel olmaya devam edecektir.

Dahası, sağlık hekimi aynı zamanda bir örgütleyici, bir sosyal çalışmacı, bir istatistikçi, bir yönetici ve bir sağlık planlayıcısıdır ve öyle de olmalıdır.

Bu karmaşık ve sorumluluk gerektiren görevleri yerine getirmek, sağlık hekimini bir yandan iş güvenliği uzmanları ve mühendislerin, diğer yandan da uzman doktorların gözetmeni konumuna getirir. Şu soru ortaya çıkıyor:

Sıradan bir mühendis teknik eğitime ve tipik bir uzman doktor tıbbi eğitime sahip olmasına rağmen, yukarıda belirtilen tüm görevleri yerine getirebilecek mi? Tek bir cevap var: Evet, yapabilir! Bunda hiçbir şüphe veya tehlike yok.

Günümüzün sağlık hekimleri, uzman mühendisleri (arsa planlaması, bina planları geliştirme, su temin sistemlerini denetleme vb.) denetliyorsa, geleceğin sağlık hekimi de elbette aynısını yapabilecektir. En azından, hem tıbbi hem de teknik açıdan, denetleyeceği olayları yeterince anlayacaktır. Doğum sırasında yardım sağlayamasa bile (ki bu, bireysel bir mesele olarak görevleriyle doğrudan ilgili değildir) veya bir bina inşa edemese bile, normal sağlıklı bir bina için bir tasarım derleyip doğrulayabilir, istatistikleri kaydedebilir, hekimin çalışmalarını doğru önleyici yönde yönlendirebilir, vb. — yani, pratik ve metodolojik açıdan kendisinden istenen her şeyi yapabilir.

Bu, kolektif için bir hekimin, bir "tıbbi mühendis" olarak sağlık hekiminin amacıdır. İşçi sınıfının yaşam koşullarını, refahını ve emeğini iyileştirmek için çalışır. Sanayileşmenin ve tarımın kolektifleştirilmesinin artan hızıyla birlikte, sağlık ve teknik işlevler daha da artacak ve sadece sağlık ve önleyici disiplinlerde değil, tedavi edici disiplinlerde de daha dar bir uzmanlaşmanın gerekli olacağından şüphe yoktur.

Hem teknik hem de politik konularda eğitimli böyle bir sağlık doktoruna yakında sadece büyük şehirler, ilçeler ve yaygın sanayileşme alanları tarafından değil, aynı zamanda yaygın kırsal kolektifleştirme alanları tarafından da ihtiyaç duyulacağına derinden inanıyoruz.

Her halükarda, Tıp Fakültesi'nin mevcut sistemi ve müfredatı, teorik, akademik, parçalı, gerçeklikten uzak ve çok genel olduğu için tamamen uygun değildir. Daha fazla pratiklik ve uzmanlaşmaya ihtiyaç vardır. Şu anda sadece genel sağlık personeline değil, yukarıda belirtildiği gibi, Tıp Fakültesi'nde hijyen disiplinleri öğretim görevlilerine ve uzman sağlık doktorlarına da ihtiyaç duyulmaktadır.

Tüm deneysel hijyen bölümlerinin yaklaşık yarısı boş veya sosyal hijyen gibi diğer uzmanlık alanlarından yetersiz kişilerle doluysa, hijyen disiplinleri nasıl yetki kazanabilir ve uygun bir yer edinebilir? Bana göre, bu bölümlerdeki personel eksikliği aday eksikliğinden değil, üniversitelerin bu acil konuya ilgisizliğinden veya dikkatsizliğinden kaynaklanmaktadır.

Belki de, bu konu Sağlık Halk Komiserliği'nin çıkarlarını yakından ilgilendirdiği ve sağlık personeli sorununun çözümünü kısmen belirlediği için, tüm tıp eğitim sürecini Sağlık Halk Komiserliği'ne devretmek yerinde olacaktır.

Tıp fakültelerinin ve tıp eğitiminin Sağlık Halk Komiserliği'ne devredilmesi, teknik üniversitelerin ve teknik eğitimin Yüksek Ulusal Ekonomi Konseyine devredilmesiyle aynı şekilde yapılmalıdır. Bu, üretim ilkeleri, metodolojik açıdan ve nihayetinde, elbette önce gelmesi gereken dava çıkarları açısından doğru olacak mıdır? Eğitim Halk Komiserliği sisteminin bütünlüğü, dengesi bozulacak mıdır? Eğitim sistemimizin genel planında herhangi bir "sapma" olacak mıdır?

Eğitim Halk Komiserliği sisteminin bütünlüğü ve birliği zaten bozulmuştur. Üretimle bağlantı elbette Sağlık Halk Komiserliği'ndedir. Eğitim ve yetiştirmenin genel ilkeleri Parti tarafından belirlenir ve tüm departmanlar için eşit derecede bağlayıcıdır. Meselenin metodolojik yönlerine gelince, bu konu, bilindiği gibi, GUS'un yetki alanına girer (GUS: Devlet Yüksek Konseyi - Gosudarstvenny Uchyony Sovet).

Ve GUS, özünde, artık sadece Eğitim Halk Komiserliği tarafından tekdüze bir şekilde oluşturulmuş bir şey değil, bir komplekstir ve tıp eğitimi bölümünün kendi Sağlık Halk Komiserliği tesislerine yerleşmesi, tanıdık havayı soluması ve kendi ortamına daha yakınlaşması büyük bir zarar vermez. Belki de gerçekten böyle olması daha iyi olurdu. Bana göre, tıp bölümünün halk sağlığı çalışanlarını eğitmek için kendi metodolojisini geliştirmeye başlamasının zamanı geldi, bunu sadece teorik olarak değil, pratikte de test ederek, ki bu şu anda açıkça büyük zorluklarla dolu.

Ayrı bir sağlık mühendisliği fakültesi (veya bölümü) oluşturulmasının bir başka ciddi gerekçesi daha var. Mevcut genel tıp eğitimi sisteminde, hem sağlık doktorları, hem de hekimler, ortak bir açığı paylaşıyor: bir çalışma alanından diğerine geçebilme yeteneği. Aslında, yukarıda belirtilen nedenler ve gerekçeler nedeniyle, bu isteğe bağlı fırsat sürekli olarak sadece sağlık doktorları tarafından kullanılıyor. Bir sağlık fakültesi oluşturulmasıyla bu fırsat ortadan kalkacaktır.

Bazıları bunun uygunsuz olduğunu, çünkü o zaman tıp pratiğinde mesleğini bulan veya daha doğrusu mesleğini keşfeden bir tıp doktorunun artık istihdam edilemeyeceğini öne sürebilir. Bu itiraz bana önemli görünmüyor, çünkü çoğunluk tıp fakültelerine meslek aşkıyla giderse, azınlığın çıkış yolu bulması daha kolay olacaktır. Dahası, SSCB bu konuda herkesi yüzde 100 tatmin edecek kadar zengin değil. Ancak çoğunluk meslek aşkı olmadan tıp fakültesine giderse, bunu önlemek için güvenceler oluşturmak, yani mesleki seçime daha ciddi bir yaklaşım getirmek gerekecektir. Bununla birlikte, bu genel bir konudur, hekimlerle sınırlı değildir ve bu nedenle burada ayrıntılı olarak ele almaya yer yoktur.

Şimdi de sağlık hekimlerinin uzmanlaşması hakkında birkaç söz söylemek gerekiyor. Şu anda bu uzmanlaşma iki şekilde geliştiriliyor: ya ilgili hijyen bölümlerinde uzun süreli eğitim (tıp fakültelerinde ve enstitülerde lisansüstü eğitim) yoluyla, ya da seçici eğitim veya sonradan öz-gelişim yoluyla (kısa süreli kurslarda gelişim elbette bir uzman yetiştiremez) seçilen sağlık uzmanlık alanında pratik çalışma yoluyla (belediye, gıda, iş ve meslek sağlığı müfettişi, sağlık eğitimcisi, okul sağlık uzmanı, beden eğitimi öğretmeni, yönetici-planlayıcı, konut vb.).

Bu iki yöntem yaşamın taleplerini yeterince karşılıyor mu? Açıkçası hayır. Birinci yöntem teorik olarak iyi olsa da, ne yazık ki çok az kişi bunu kullanabiliyor ve ikinci yöntem "gönüllü fedakarlık" olarak adlandırılabilir ki bu da nihayetinde tatmin edici olamaz, çünkü bir uzman uygulayıcının, temel ön koşulları doğru, açık ve zamanında almış bir uygulama mühendisini geçmek için temellerden başlaması gerçekten zordur.

Bu, görevdeki sağlık hekimlerine bir hakaret olarak değil, her birinin açıkça hissettiği ve "memnuniyetsizlik" vb. ile yansıyan o kötü niyetli eksikliği -eğitim eksikliğini- düzeltmek adına söylenmiştir. Elbette, kahramanca çabalarla ve çalışma alanlarında en yüksek akademik seviyeye ulaşan görevdeki sağlık hekimleri de vardır, ancak bunlar bireylerdir ve biz kitlelerden, tüm sağlık topluluğundan bahsediyoruz.

Şunu sormak yerindedir: Sağlık Fakültesi genel bir sağlık hekimi mi yoksa bir uzman mı yetiştirecek? Sağlık Fakültesi, şimdi Tıp Fakültesi hakkında tekrar tekrar söylendiği gibi, bir sağlık hekimi değil, sadece tıp fakültesinin şimdi gelecekteki bir genel pratisyen hekimi donattığı gibi, sağlık hekimi olarak daha da kristalleşmesi için gerekli her şeyle "dişine kadar" donatılmış bir aday yetiştirecektir.

Uzmanlaşmaya gelince, bu daha kolay bir soru: Şüphesiz ki, Sağlık Fakültesi'nden sonra bir uzman, ilgili bölümlerde, enstitülerde vb. 2 - 3 yıl daha çalışmaya, yani herhangi bir uzmanlık kategorisinin gelişimi için genel yoldan geçmeye ihtiyaç duyacaktır. Teorik eğitimin yanı sıra, burada en önemli belirleyici faktör pratik deneyim olacaktır. Her durumda, Sağlık Fakültesi'ni ve ilgili uygulamayı tamamlamış bir sağlık hekimi, bir tıp kurumunun idari-başhekimi rolünde bile olsa, atanmaya daha yakın olacaktır.

Sağlık otoriteleri, eğer gerçekten tedavi tıbbını halk sağlığı, önleme ve tıbbi muayene yolunda yönlendirmek istiyorlarsa, sağlık tesislerinin ve hastanelerin işleyişinin, bilimsel olarak oluşturulmuş istatistiksel muhasebenin vb. inşası ve düzgün örgütlenmesiyle ilgileniyorlarsa, bu duruma ciddi olarak dikkat etmelidirler.

Dikkat edilmesi gereken son soru, tıp fakültelerindeki öğrencilere koruyucu bakımı kimin ve nasıl sağlayacağıdır? Açıkçası, hijyen disiplinleri, özellikle zührevi hastalıklar ve diğerleri gibi koruyucu kliniklerle mümkün olan en yakın işbirliğine odaklanarak, müfredatlarında şu ankiyle aynı ölçüde yer almalıdır.

Bununla birlikte, her klinik bilimin etiyolojisinde vurgu sosyal patolojiye kaydığı için, tamamen akademik tıp disiplinleri artık var olmamalıdır. En uzmanlaşmış klinisyen bile, aynı anda sosyal patolog olmak zorundadır. Sosyal, salgın ve zührevi hastalıkların yanı sıra bazı disiplinler artık tamamen dispanser formlarına ve çalışma yöntemlerine geçmek zorunda kalacaktır (örneğin, jinekoloji, çocuk ve göz hastalıkları, psikiyatri ve nöropatoloji), bu nedenle sosyal patoloji alanı, özellikle sosyal hijyene özgü olanı, hijyenistlerin genel gözetimi altında bu disiplinlere aktarılmalıdır.

Yoldaş haklı. Konovalov, hijyen bölümlerinin laboratuvarlar, klinikler ve diğer yardımcı kurumlarla donatılması gerektiğini, ancak elbette sadece çevrenin ve mesleki tehlikelerin vücut üzerindeki etkilerini inceleyen araştırma tipi klinikler olması gerektiğini söylediğinde, yoldaş Konovalov'un

görüşüne ek olarak, başka bir tez daha ortaya koyuyorum: Vücut patolojisi konusunda uzmanlaşmış klinik bölümlerin ofisler, laboratuvarlar ve sosyal ve mesleki patoloji uzmanları edinmesinin zamanı geldi. Bir hijyenist elbette hem klinisyen, hem de hekim olamaz. Bir diğer konu ise, bir hekimin mutlaka koruyucu bakım uygulaması gerektiği, ancak sağlık uzmanlarının bunu yapması gerekmediğidir.

Bunlar, genel olarak, hem pratisyen hekimler, hem de özellikle sağlık uzmanları olmak üzere tüm hekim yelpazesi ve sağlık hizmetlerinin idari aygıtı ve Halk Eğitim Komiserliği'ndekiler tarafından zamanında tartışmaya açılması gerektiğine inandığım özellikle acil konulardır.

https://kazanmedjournal.ru/kazanmedj/article/view/52710

İvan Konstantinoviç Lukyanov – Kazan Tıp Dergisi, 13 Mart 1930.

OKUMA: SOVYET HEKİMLERİN YEMİNİ (1971)

26 Mart 1971 tarihinde Yüksek Sovyet Başkanlık Divanı yemin metnini onaylamış ve bütün hekimlerin ve mezun olan tıp öğrencilerinin yemin etmelerini, yeminin bir kopyasını imzalamalarını ve yeminlerine bağlı kalmalarını emretmiştir. Yasa 1 Haziran 1971'de yürürlüğe girmiştir.

Yeminin ayırt edici özellikleri şunlardır:

(1) önleyici hekimliğe adanma,
(2) komünist ahlaki ilkelere bağlılık ve
(3) halka ve Sovyet hükumetine karşı sorumluluk.

Sovyet Yemini Çin Halk Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan 1998 Tıbbi Etik Kriterleri ve Uygulanması Düzenlemesi'ne benzer. Nükleer savaşa ilişkin ekleme 1983'de yapılmıştır.

Bana yüce hekimlik unvanının verildiği ve tıp mesleğine girdiğim bu anda;

Bütün bilgimi ve gücümü insanlığın sağlığının korunmasına ve iyileştirilmesine, hastalıkların tedavisi ve önlenmesine, toplum nerede gerek duyarsa vicdanı rahat bir şekilde çalışmaya adayacağıma;

Daima tıbbi bakım sunmaya hazır olacağıma; hastayla dikkat ve özenle ilgileneceğime ve tıbbi güveni koruyacağıma;

Tıbbi bilgi ve klinik becerilerimi sürekli mükemmelleştireceğime ve böylece çalışırken tıp bilimi ve pratiğinin gelişmesine yardımcı olacağıma;

Hastanın çıkarları gerektirdiğinde hekim arkadaşlarımın tavsiyelerine başvuracağıma ve böyle bir tavsiye vermeyi veya yardım etmeyi asla reddetmeyeceğime;

Sovyet tıbbının soylu geleneklerini koruyacağıma ve geliştireceğime; bütün eylemlerimde komünist ahlak ilkelerini izleyeceğime ve bir Sovyet hekiminin yüceliğini ve halka ve Sovyet devletine karşı sorumluluğumu daima aklımda tutacağıma;

Nükleer silahların insanlık için oluşturduğu tehlikeyi tanıyarak barış için ve nükleer savaşın önlenmesi için bıkmadan, usanmadan mücadele edeceğime;

Bu yemine yaşadığım sürece bağlı kalacağıma ant içerim.

KAYNAK: Reich, WT. (Ed.) (1995). Encyclopedia of Bioethics, Revised Edition. Vol 5. New York: Simon & Schuster MacMillan.

14. Bölüm: Sovyet Ülkesinin Hekimi ve Kapitalist Ülkenin Hekimi

Sovyet sağlık örgütlenmesinin en dikkat çekici sonucu, tıp çalışanlarının kendilerini yeniden şekillendirmesidir. Bir dizi yabancı edebi eser, kapitalist bir ülkedeki hekimin durumunu ve psikolojisini canlı ve doğru bir şekilde karakterize etmektedir.

Sinclair Lewis'in "*Martin Arrowsmith*" (1) adlı eserindeki KBB profesörü Gik, öğrencilerine gelecekte nasıl çalışması gerektiğini öğretiyordu:

Gik, bademciklerin insan bedeninde, sadece *uzman hekimlere pahalı arabalar temin etmek için* var olduğuna katı bir şekilde inanıyordu. Hastasına bademciklerini bırakan her hekimi cahil, hastanın sağlığına ve hekimin konforuna saygısızlık eden biri olarak görüyordu.

Ona göre burun septumunun bir kısmının alınması, hastaya asla hiçbir zarar vermiyordu. Hekim, Gik'in hastanın nazofarenksine yaptığı en titiz incelemenin, hastanın çok fazla sigara içtiğini belirtmekten başka hiçbir şey vermediği durumlarda bile, hastaya ameliyat sonrasında kalan kısmın yetip artacağı kanaatindeydi. Gik, "*doğanın kendi haline bırakılması*" kuramına şiddetle saldırıyordu:

> "*Affedersiniz, yeterli gelire sahip sıradan bir insan, iltifata değer verir! Eğer onu zaman zaman ameliyat etmiyorlarsa ve bu iş birazcık bile sancılı değilse, uzmanlar hakkında pek yüksek bir fikir sahibi olmamaktadır*".

Gik her yıl, KBB'nin çok üzerine yükselerek, bütün tıp bilimini eleştirel bir değerlendirmeye tabi tuttuğu ve insan soyunun minnettar şifacılarına hatırı sayılır bir onur ücreti kazanma yöntemini anlattığı klasik konuşmasını yapardı:

> "*Bilgilerin tıp alanında yüce değeri vardır, ancak onları satamadığınız sürece kendiliklerinden bir hiçtirler. Bunu yapabilmek için öncelikle dolar sahipleri üzerinde bir izlenim bırakmanız gerekir. Bu hasta ister eski olsun ister yeni — ona karşı her zaman usta bir satıcı olmalısınız. Ona, korkmuş ve heyecanlanmış ailesine de açıklayın, hastalığına ne kadar inatçı bir emek ve dikkat ayırdığınızı gösterin ve böylece ona, sunduğunuz ya da sunacağınız faydanın, talep etmeyi tasarladığınız onur ücretinden çok daha önemli*

olduğunu hissettirin. O zaman faturanızı aldığında onu yanlış anlamayacak ve protesto etmeyecektir".

Bu romanda belirli bir abartı payı varsa da, anlatım kapitalist ülkelerdeki serbest meslek icra eden hekimlerin *psikolojisini* doğru bir şekilde yansıtmaktadır. Elbette, yabancı hekimler arasında da Sinclair Lewis'in gençlik öğretmeni gibi hekimlik görevlerini farklı anlayan insaniyetçi hekimler vardır. Ancak kural nedir, istisna nedir?

Bu durum, olguların üzerinde yetiştiği toprağa bağlıdır. Kapitalist toprak —insani fikirlerin yetişmesi için elverişsiz, taşlı bir topraktır. Kapitalist toplumda *homo homini lupus est* (insan, insanın kurdudur) ise (2), o zaman hangi insani duygulardan bahsedilebilir?

Bu durum hekimin davranışına da yansımaktadır. Vahşi faşist toplum, tıp dünyasından suçlular türetmiştir. En insani mesleğin temsilcileri, mesleğin adını kutsal bir şekilde taşıyan diplomalı katiller — faşist toplumun çürüme ürünleridir. Ancak unutmamak gerekir ki faşizm, ihtiyatlı davranıp i'lerin üzerine konulacak noktayı sadece kirli bir lekeyle kirletmiştir (3).

Fransa'da Gobineau ve Lapouge'un Fransa'daki faşist ırk kuramlarının habercileri oldukları unutulmamalıdır (4). "Irk kuramının" vaizleri, İngiltere'de, ABD'de ve diğer birçok ülkede de vardı. Tıp alanındaki ırkçı öğretilerin günümüzde de sadece sinip kaldığı, fırsat buldukça dışarı fırladığı unutulmamalıdır.

"Demokratik" ABD'de, siyahilere karşı, "alt ırkın" taşıyıcılarıymış gibi alınan barbarca önlemleri hala "bilimsel olarak temellendiren", "bilim insanı" hekimler bulunmaktadır. Dolayısıyla tıp alanındaki faşist ideolojinin teşhir edilmesi ve kökünün kazınması görevi daha az güncel değildir. Aynı şekilde bilimsel ve pratik faaliyetin diğer alanlarında da geçerlidir.

Açıkçası "tıbbi etik" denilen sorular da, bizde ve kapitalist ülkelerde taban tabana zıt şekillerde çözülmektedir. Özünde tıbbi etik kavramı üç grup soruyu kapsar:

1) Hekimin hastaya karşı tutumu,
2) Hekimin kolektife (topluma) karşı tutumu ve
3) Hekimlerin birbirine karşı tutumu.

Hekimin hastaya karşı tutumu bizde, kapitalist ülkelerdeki durumla karşılaştırıldığında, taban tabana zıt ahlaki temeller üzerine kurulmuştur. Orada özel tıp uygulaması, hekim ile hasta arasında kaçınılmaz olarak anormal ilişkiler yaratır: onur ücreti peşinde koşma, reklam yapma vb., hastanın cebinden para hortumlamak amacıyla tedaviyi uzatmak, sağlıklı insanlara "hasta" teşhisi koymak (özellikle zührevi hastalıklar teşhisinde vb.) gibi öfke uyandıran olaylardan bahsetmiyorum bile.

Topluma yönelik devlet ücretsiz yardım örgütlenmesinde böyle ilişkiler olmaz ve olamaz. Aksine, bizde hekimin kişisel, mesleki çıkışı — hastayı iyileştirmektir. Ve bunun için hekime bütün araç ve imkanlar sağlanır. İşte bu yüzden geçen savaşta cephede ve geride, neredeyse başka hiçbir ülkedeki hekimlerin ve genel olarak tıp çalışanlarının bu kadar çok sevgi ve fedakarlık göstermediği görülmüştür.

Hekimlik görevlerinin, topluma karşı görevinin, gerçekten insani bir şekilde anlaşılması ancak hekim ile hasta arasında çıkarcı kaygıların bulunmadığı durumlarda mümkündür. Hekimin kolektife karşı tutumunda da aynı fark görülür.

Neden kapitalist ülkelerde zührevi (5) hastalıkların "kesin" bir kaydı yoktur (hiçbirinde yoktur)? Çünkü hekimler, Sağlık İdarelerinin sıkı emirlerine rağmen, bu hastalıkları gizlemektedirler. Ve bunu neden yaparlar? Çünkü "sırrın saklı kalması" karşılığında, hastadan yüksek bir onur ücreti alırlar.

Zührevi hastalıklar hekimliği — kapitalist ülkelerdeki tüm hekimlik uzmanlıkları içinde hekimler için en karlı olanıdır. Orada en iğrenç olayların, bu alanda en çok yeşermesinin nedeni de tam olarak budur. Serbest meslek icra eden hekim hastayı bilir, toplumu değil. *Hecuba ona ne, o Hecuba'ya ne*? (6). O kendi işini bilir, hastaları tedavi eder, onur ücreti alır ve bilinci bununla sınırlanır. Serbest çalışan hekimler korporasyonunun (7), devlet hastalık sigortasının getirilmesinin baş düşmanı olduğu bilinmektedir.

Durumumuz ise taban tabana zıttır. Hekim — Sovyet devletinin bir memuru, halkın hizmetkarıdır. Bu hizmet için devlet tarafından, hem maddi hem de manevi olarak, hastayı iyileştirme imkanıyla donatılmıştır. Modern tıp bilimi bunu sağlayacaktır. Deneyimli yoldaşların danışmanlık hizmetleri, hastanın araştırma ve tedavi için doğru nitelikli sağlık kurumuna yerleştirilmesi imkanı vb. onun hizmetindedir.

Dahası, Sovyet devletindeki hekim, sadece tedavi eden hekim değil, aynı zamanda bir sağlık örgütleyicisidir. Artık *par excellence* (mükemmel anlamda) sağlık örgütleyicileri derken, sağlık hekimlerinden (8), epidemiyologlardan, ana ve çocuk sağlığını koruma çalışanlarından vb. bahsetmiyoruz. SSCB'deki sıradan tedavi hekimi de, kendi alanında bir sağlık örgütleyicisidir.

Hastane hekimi, hastanedeki işlerin daha iyi örgütlenmesiyle doğal olarak ilgilenir — çünkü bu onun doğrudan çıkarınadır! Çünkü o, ticari çıkarların ücretli bir sağlık kurumunun faaliyetlerinin leitmotifi (9) olduğu kapitalist ülkelerde olduğu gibi orada bir "gastroturist" (10) değil, bu hastanenin daimi bir çalışanı, bir devlet memurudur.

Her vicdanlı Sovyet hekimi, ülkemizde sağlık hizmeti düzeninin iyileştirilmesine kendi çabalarını katmaktadır. Sovyet sağlık hizmeti, milyonlarca Sovyet tıp çalışanı ve Sovyet kamusallığının elleriyle kurulduğu için bu kadar güçlenmiş ve büyümüştür.

Sovyet hekimi — bir devlet memurudur — kolektifin, toplumun çıkarlarını, bireyin çıkarlarının önünde görür. Burjuva hekimlerin ve hukukçuların yıllar boyunca üzerinde kafa patlattığı, kağıt tükettiği "*doktorluk sırrının saklanması*" adı verilen sorunlar, Sovyet hekimi için basitçe çözülmüştür: *kolektifin çıkarları bireyin çıkarlarından üstündür*.

Hekim, hastası tarafından kendisine emanet edilen sırrı saklamakla yükümlüdür, aksi takdirde hastayla olan ahlaki bağ, hastanın hekime olan güveni zedelenir. Ancak sırrın saklanması çevredekilerin, kolektifin çıkarlarını tehdit ediyorsa, hekim kendini sırla bağlamamalıdır. Eğer hekim, çevresindekileri tehdit eden bulaşıcı bir hastalık tespit ederse, yasalarımıza göre bunu derhal üst makama bildirmek ve gerekli durumlarda hastayı izole etmek zorundadır.

Bununla birlikte, tıbbi sırrın saklanması meselesi SSCB'de, kapitalist ülkelerde sahip olduğu o keskinliği yitirmektedir: toplumun bilincinin ve kültürel düzeyinin artmasıyla birlikte hastaların kendilerinde de başkalarına zarar verecek "sır saklama" arzusu azalmaktadır. SSCB'deki bulaşıcı hastalık hastaları, "sır" yüzünden çevredeki kişilerin ve akrabaların sağlığı tehlikeye girdiğinden, hastalığın gizli tutulmasını kendileri istememektedirler. Enfeksiyonun yayılmasını önlemek için kendilerinin sağlık kurumlarına gönderilmesini bizzat talep etmektedirler.

Sovyet hekimi — bir kamu çalışanıdır. Bunu ona sadece tıp eğitimi sistemimiz değil, bizzat çalışmanın kendisi olanaklı kılmaktadır. Sıradan Sovyet hekimi, herhangi bir kapitalist ülkenin hekiminden, tıbbi ilişkiler ve siyasi bilinç açısından birkaç boy öndedir.

Ve nihayet, hekimlerin kendi arasındaki ilişkiler: Özel tıp uygulaması koşullarında bu ilişkileri en iyi şu Latince atasözü tanımlar: *homo homini lupus est, medicus medico lupissimus* (11). Müşteri kapma savaşı, birbirinin kuyusunu kazma, kendi kendine reklam yapma — özel tıp uygulaması sisteminin kaçınılmaz sonucudur. Bizde bunların hiçbiri yoktur ve olamaz, çünkü bizde özel tıp uygulaması yasaklanmamış olsa da (12), tıbbi yardımın genel sisteminde neredeyse hiçbir rol oynamamaktadır.

AÇIKLAYICI NOTLAR

1. Roman, bilime tutkuyla bağlı dürüst bir tıp araştırmacısının, idealleri ile ticaret odaklı tıp dünyasının yozlaşmış yapısı arasındaki çatışmasını konu alır. Küçük bir kasabada başlayan hikayede Martin, tıp fakültesindeki hocası Profesör Max Gottlieb'den ilham alarak kendisini ticari kaygılardan uzak, "saf bilime" ve araştırmaya adar. Meslek hayatı boyunca açgözlülük, cehalet, popülist sağlık politikaları ve ilaç sektörünün baskılarına karşı bağımsızlığını korumaya çalışır. Sinclair Lewis, eseriyle 1926 yılında Pulitzer Ödülü'ne layık görülmüş ancak ödülü reddetmiştir.

2. MÖ 3. yüzyılda yaşamış olan Romalı komedi yazarı Plautus'un "*Asinaria*" adlı oyununda geçen bu deyiş, 17. yüzyılda İngiliz filozof Thomas Hobbes tarafından "*Leviathan"* ve *"De Cive*" adlı eserlerinde sıklıkla kullanılarak felsefi bir boyuta taşınmıştır.

3. "i'lerin üzerine konulacak nokta" ifadesi, bir işi kusursuz bir şekilde tamamlamak, her şeyi yerli yerine oturtmak ve son noktayı koyarak mükemmelliğe ulaşmak anlamındaki bir Fransız deyiminden ("mettre les points sur les i") gelir. Orta Çağ'da elle yazılan metinlerde küçük "i" harfinin üzerinde nokta yoktu. Bu yüzden "i" harfi, yan yana geldiklerinde "u", "n" veya "m" harfleriyle kolayca karışabiliyordu. Yazıcılar, karışıklığı önlemek ve metnin tam olarak doğru okunmasını sağlamak için "i" harflerinin üzerine küçük bir çizgi veya nokta koymaya başladılar. Zamanla bu titizlik, mecazi anlamda "işi kusursuz yapmak" veya "her şeyi açıkça belirtmek" anlamına gelen bir deyime dönüştü.

Faşizm toplumları aşırı disiplinli, tek tip, milimetrik ve sözde "kusursuz" bir düzene sokmak ister. Cümle, faşizmin bu aşırı takıntılı düzen arayışını (i'nin noktasını bile koyma çabasını) aslında sadece kirli bir leke bırakarak başarabildiğini vurgular. Yani faşizm düzen değil, estetik ve ahlaki bir kirlilik üretir.

4. Arthur de Gobineau ve Georges Vacher de Lapouge, 19. yüzyıl ve 20. yüzyılın başlarında geliştirdikleri ırkçı ve aryancı kuramlarla, sonradan Avrupa'da ortaya çıkan ırkçı ideolojilere ve faşist düşüncelere zemin hazırlamış Fransız düşünürlerdir. Arthur de Gobineau, 1853 yılında yayımladığı *İnsan Irklarının Eşitsizliği Üzerine Deneme* adlı eserinde insan ırklarını hiyerarşik olarak sınıflandırmıştır.

Georges Vacher de Lapouge, evrim kuramını ve sosyal Darwinizmi antropoloji ile birleştirerek bilimsel görünümlü bir ırkçılık savunmuştur. Düşünceleri, 20. yüzyıldaki öjenik (soy ıslahı) politikalarına ve radikal milliyetçi hareketlere kuramsal altyapı sağlamıştır.

5. Zührevi hastalıklar: Cinsel yolla bulaşan hastalıklar. Frengi (sifiliz), Bel soğukluğu (gonore), HPV (İnsan Papilloma Virüsü / Genital siğil), HIV / AIDS, Herpes (Genital uçuk) en çok bilinen zührevi hastalıklardandır. Bu hastalıkların yasalar ile "bildirimi zorunlu" kılınmıştır.

6. "*Hecuba ona ne, o Hecuba'ya ne*?" sözü, William Shakespeare'in ünlü *Hamlet* oyununda geçen ve ana karakter Hamlet'in, kendi eylemsizliğini ve çaresizliğini eleştirdiği meşhur bir tiradın parçasıdır. Hecuba (Hekabe) Truva Savaşı'nda her şeyini kaybeden, kocasını ve çocuklarını yitiren efsanevi Truva Kraliçesi'dir.

7. Amerikan Tabipleri Birliği – American Medical Association kastediliyor.

8. Tıp eğitiminde halk sağlığı alanında erken uzmanlaşmayı seçen hekimler kastediliyor.

9. Kökeni Almanca "leiten" (yönlendirmek) ve "motiv" (motif) kelimelerinden gelen leitmotif sözcüğü burada "ana tema" anlamında kullanılıyor.

10. Gastroturist, bir destinasyona özgü geleneksel lezzetleri tatmak, yerel mutfak kültürünü, üretim süreçlerini öğrenmek ve yeme-içme odaklı etkinliklere katılmak amacıyla seyahat eden kişidir.

11. Deyimin hekimler için uyarlanmış hali: Doktor, doktorun en büyük kurdudur.

12. Sovyetler Birliği'nde bir hekimin, devlet hizmetinde görev almamak şartıyla, özel muayenehane açarak kendi hesabına serbest çalışması hiçbir zaman yasaklanmamıştır. Ancak bu alanda oldukça caydırıcı vergilendirme uygulanmıştır.

OKUMA: HEKİMLİK VE KAPİTALİZM

663 sayılı KHK'nın 58 inci maddesiyle, 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği (TTB) Kanunu'nun 1. maddesinde geçen "*tabipliğin kamu ve kişi yararına uygulanıp geliştirilmesini sağlamak*" ibaresi yürürlükten kaldırılmıştır. Bu yazının amacı, hükumetin TTB'nin görevleri arasında "tabipliğin kamu ve kişi yararına uygulanıp geliştirilmesini sağlama"nın bulunmasından neden rahatsız olduğunu ve neden bu ibareyi kaldırma gereksinimi duyduğunu tartışmaktır.

Kuşkusuz olaylar ve olgular bağlamlarından bağımsız tartışıldıklarında bir anlam taşımazlar. Bunları anlamlandırabilmek için tarihsel ve toplumsal bağlamları içinde değerlendirmek gereklidir. Bu nedenle söz konusu "ibarenin" neden kaldırıldığını anlayabilmek için, öncelikle nereden ve nasıl geldiğini/konduğunu tartışmak gerekir.

Tarihsel süreç içinde hekimliğin gelişimi incelendiğinde, Eski Mısır ve Yunanistan'dan başlayarak mesleki pratiklerine belirli kurallar koyma çabası içinde olan hekimlerin hiçbir zaman ticari kaygılar gütmedikleri, ana kaygının sağlıklarını yitiren insanlara yardımcı olmak olduğu görülür. Hekimliği toplum gözünde diğer meslekler arasında daha ayrıcalıklı bir yere koyan ve hekimlere saygınlık kazandıran da budur. Tarihsel olarak yüzlerce yıl hiç kimse bir hekimin kendisine para için yardım ettiğini aklına getirmemiş, hekimin tavsiyelerini kendi kişisel çıkarları doğrultusunda verdiğini düşünmemiştir. Hekimler yüzlerce yıl boyunca insanların aldatılma endişesi taşımadan gidebildikleri, kendilerini güvenle teslim edebildikleri insanlar olmuşlardır.

Feodal toplumlarda sağlık sorunları dinsel kurumlar aracılığıyla çözülmeye çalışılmıştır. Batıda kiliseler yardımseverliği Hristiyanlar için bir ödev saymış, hasta ve yoksulların bakımını toplum bu kurumlar aracılığı ile sağlamıştır. Bu çağda hekimler yoksullardan (Kilise desteği ile) ücret almadan, hatta hastalara ilaçlarını da vererek hizmet sunmuşlardır. İslam dünyasında da çok benzer uygulamalar vardır.

Hekimlik mesleğinin bu niteliği ilk kez 16. Yüzyılda Batı'da kapitalizmin gelişmeye başlamasıyla birlikte aşınmaya başlamıştır. Komünist Manifesto'da çok açık bir şekilde ifade edildiği gibi "*üstün değer verilen ve sofuca bir ürküntüyle bakılan ne kadar eylem varsa, burjuvazi bunların hepsinin üstündeki kutsallık örtüsünü çekip atmıştır. Doktoru da, hukukçuyu da, rahibi de, şairi de, iktisatçıyı da, kendi ücretli emekçisi haline getirmiştir*". Kapitalizmle birlikte hekimlik mesleği, bu alanda

yetişmiş insanların hümanist güdülerle icra ettikleri bir sanat olmaktan çıkarak, bir ticaret haline gelmeye başlamıştır.

Kuşkusuz bu, başta hekimler olmak üzere ödeme gücü olmayan herkesi rahatsız eden bir durumdur. Toplum içindeki saygınlıklarının yaptıkları işin hümanist niteliğinden kaynaklandığının bilincinde olan hekimler, başından itibaren kapitalizmin kurallarının kendi mesleki alanlarını istila etmesini önleyebilmek için çeşitli girişimlerde bulunmuşlardır. Hekimliğin yüzlerce yıllık hümanist geleneklerini koruma çabasıyla, sağlık hizmetinin alınır-satılır bir mal ve kendilerinin de basit tüccarlar haline gelmesini önleyebilmek için, sağlık hizmetlerinin bedelinin eskiden olduğu gibi hastalardan değil saray veya soylular tarafından karşılanmasını talep etmişlerdir.

Sundukları hizmete karşılık hastalarından ücret talep etmeyi onurlarına yediremeyen hekimler, kapitalizmin kendilerini içine soktuğu bu çıkmazdan kurtarabilmek için birçok ülkede 20. yüzyıla kadar hizmetlerini ücretlendirmeyi reddetmişler ve hastalarının uygun gördüğü veya verebildiği kadarıyla yetinmeyi tercih etmişlerdir. Kapitalizmin erken dönemlerinde "hasta proleterlerin" bizzat kendileri ve sistem için bir tehdit oluşturduğunu gören burjuvalar, sağlık alanında "feodal sistemi" korumuş ve yardım kuruluşlarının sağlık alanında etkinliklerini eskisi gibi sürdürmelerine izin vermiştir.

Zaman içinde kiliseler ve yardım kuruluşlarının kapitalizmle birlikte çok daha ağırlaşan yoksulluk ve sağlık sorunlarının çözümünde yeterli olamayacağı ortaya çıkmıştır. Özellikle hastalıkların ve sağlıksız koşulların zirveye tırmandığı ekonomik bunalım dönemlerinde bu yardım kuruluşları da etkilenmekte ve kendilerine en çok gereksinim duyulan dönemlerde neredeyse tamamen işlevsiz kalmaktadırlar.

Proleterlerin giderek yükselen mücadelesinin burjuva iktidarları tehdit eder hale gelmesi ve işçi sınıfının 1871'de Paris'te kısa süreli olsa da iktidara gelmesi, burjuvaziyi egemenliğini sürdürebilmek için işçi sınıfına bazı ödünler verme noktasına getirmiştir. 1882 yılından itibaren Avrupa'da başlayan sosyal güvenlik reformları bu kapsamda değerlendirilmelidir.

Batıda sosyal güvenlik sistemleri hızla feodal yardım kurumlarının yerini alarak, hekimlerle hastalar arasındaki ilişkinin eskiden olduğu gibi "parasız" olarak devamını sağlamıştır. Kapitalist toplum sağlık için fonları işveren ve işçilerden yapılan kesintilerle oluşturduğu sigorta sistemlerinden oluşturmakta, gerektiğinde genel bütçeden buraya kaynak aktarmakta, böylece işçiler ve yoksullar

sağlık hizmetine gereksinim duyduklarında parasal kaygılar duymadan hekime gidebilmektedirler. Böylece sağlık göreli olarak kapitalizmin kar güdüsü dışında tutulabilmekte ve burjuvalar da sağlığı bütünüyle metalaştırmamak karşılığında işçi sınıfının düzene olan tepkilerini kısmen hafifletebilmektedirler.

Ancak bu sistemler, her ne kadar eski hayırsever sistemlere göre daha kapsayıcı ve güçlü olsalar da, "asgari" bir sağlık hizmeti ile hekimi sınırlamaktadırlar. Hekim artık yalnızca hastasının iyiliğini değil, bunu sigorta paketleri içinde nasıl sağlayabileceğini de düşünmek zorunda kalmaktadır ve bu durum çoğu kez mesleki pratiğini layıkıyla yerine getirebilmesinin önünde engel oluşturmaktadır.

Sosyal güvenlik sistemlerinin de "çözüm" olamadığını gören hekimler, mesleki saygınlıklarını koruyabilmek ve kapitalizmin ekonomik kurallarını mesleki alanlarının dışında tutabilmek amacıyla oluşturdukları meslek örgütlerinde, hekimliği düzenleyen bazı kurallar getirmeye başlamışlardır. Bunların başında kapitalist ekonominin olmazsa olmazlarından "reklamı" ve "rekabeti" meslekleri dışında tutabilmek için konulan sert yaptırımlar gelmektedir.

Türkiye dahil birçok ülkede hekimler, hekimlikte reklamı ve hasta çekmek için diğer meslekdaşlarını kötülemeyi, bizzat kendileri yasaklamışlardır. Yine hekimler dünyanın her yerinde mesleki saygınlıklarını koruyabilmek amacıyla kendilerine etik standartlar koymuşlar ve bu standartlara uymayan meslekdaşlarını meslekten uzaklaştırmışlardır.

Bütün bunlar, hekimlerin mesleklerini kapitalizmin zararlarından koruma çabalarının ürünüdür ve 663 sayılı KHK ile kaldırılan "tabipliğin kamu ve kişi yararına uygulanıp geliştirilmesini sağlamak" ibaresinin de bu bağlamda değerlendirilmesi gerekir.

Hekimlerin kapitalist düzenin içine sürüklenmeme çabaları kapitalizmin sağlık alanını istila etmesini bir süre geciktirebildiyse de, uzun vadede başarılı olamamıştır. Sağlık özellikle sosyalizmin çözülmesinden sonra Küba dışında dünyanın her yerinde hızla metalaştırılmış, piyasalaştırılmış ve ticarileştirilmiş, hekimliğin binlerce yıllık gelenekleri tamamen yok olma noktasına gelmiştir.

Bugün tıp rekabetçi bir sistemde hastalar tarafından doğrudan (cepten) veya önceden ödenen sigorta primleriyle satın alınan ve hekimler tarafından veya aracılığıyla satılan bir hizmettir. Hekimler sattıkları veya satılmasına aracı oldukları her hizmet için ücret almaktadırlar. Rekabetçi bir sistemde

çalışan hekimler, hastalarını belirli mali sınırlar (SUT tarafından belirlenen) içinde tatmin etmeye ve elde tutmaya çalışmak zorundadır.

* * *

Kapitalizmin ilk yıllarından itibaren hekimlerin mesleklerini sermayenin "*altta kalanın canı çıksın*" şeklinde özetlenebilecek acımasızlığından koruma çabalarının boşa çıkmasının nedeni, hekimlerin çoğunun ülkelerinin ekonomik yaşamının yöneten kurallara değil, fakat yalnızca bunların sağlık alanına girmesine karşı çıkmalarından kaynaklanmaktadır.

Oysa toplumsal yaşamın yasaları da bileşik kaplar yasasına benzer ve toplumsal yaşamın bütün hücrelerine giren kapitalizm virüsünün sağlık alanını etkilememesi beklenemez. Hekimler isteseler de, istemeseler de kapitalist bir ekonominin içindedir ve kapitalizmin genel kuralları, birkaç yüzyıl gecikmeyle de olsa bugün sağlık ortamında da belirleyici hale gelmiştir.

Küresel sermayenin sağlık alanını kendisi için silah ve enerji sektöründen sonra yatırım yapılabilecek ve kar elde edilebilecek üçüncü büyük sektör ilan etmesi ve 1980'lerden itibaren Dünya Bankası ve IMF eliyle yürütülen yeni-liberal politikalarla bütün dünyaya sağlıkta özelleştirme ve piyasalaştırmanın önü açılmıştır.

Yeni-liberal politikaların hekimlik üzerine etkileri yalnızca sağlıkta özelleştirme ve piyasalaştırma uygulamalarının mesleki pratikleri üzerine olan etkilerle sınırlı değildir. Kapitalist ekonomi kuralları altında yeniden biçimlendirilen sağlık, eskisinden farklı "yeni" bir hekim tipine de gereksinim duymaktadır.

Bu hekim mesleki pratiğini hastasının gereksinimleri ve tıp biliminin gereklerinden çok, kapitalist sağlık işletmesinin gereksinimlerine göre uygulayacak bir hekimdir. Bunu sağlamak için başta tıp eğitimi (lisans ve lisansüstü) olmak üzere hekimlik ortamında köklü değişiklikler gerekmektedir. Bu amaçla tıp eğitimi masaya yatırılarak "standardizasyon", eğitim "kalitesini" arttırmak, 21. Yüzyılın "gereksinimlerine" yanıt vermek gibi tamamen sübjektif amaçlarla hekimden çok "teknisyen" yetiştirecek bir eğitim modeli yapılandırılmaya başlanmıştır. Uzmanlık alanlarında oluşturulan tanı ve tedavi protokolleri ve rehberler, uzman hekimleri dahi bu rehberlerin basit uygulayıcıları haline getirmiştir.

Bütün bu gelişmelere karşın hekimler, kapitalizm öncesi dönemden kaynaklanan geleneklerin bir sonucu olarak mesleklerini icra ederken yüksek bir ahlaki standardı koruyabilmeyi başarmışlardır. Sağlığın alınır satılır bir mal, hastanın müşteri ve hekimin basit bir tüccar veya bu ticaretin aracısı haline geldiği bir sistemde saygınlıklarını, mesleki bağımsızlıklarını, toplumsal konumlarını ve ekonomik-özlük haklarını yitireceklerini fark eden hekimler, bu düzenlemelere karşı başta meslek örgütleri olmak üzere çeşitli olanaklarla mücadele etmeye başlamışlardır.

Bu mücadele değişik ülkelerde farklı (hatta bazen zıt) sloganlar altında yürütülse de (örneğin ABD'de sağlıkta kamusal müdahaleye karşı hekim grevleri yapılırken, Avrupa ülkelerinde ve Türkiye'de hekimler sağlığa kamusal desteğin kısılmasına karşı eyleme gitmektedir), mücadeleyi güdüleyen ana etken hekimlik mesleğinin saygınlık ve statüsünü yitirmeye başlamasıdır.

Bu mücadelenin yasal ve meşru zeminlerde yürütülebilmesinde meslek odaları önemli bir rol oynamaktadır. Meslek odaları gerek ülkelerindeki geniş hekim kitlelerini temsil etmelerinden aldıkları meşruiyet ve gerekse kapitalizmin erken dönemlerinde oluşturulmuş yasalardan aldıkları yetkilerle bu mücadelede hekimlerin en önemli araçlarından birini oluşturmaktadırlar.

Böylece ister bazı Avrupa ülkeleri ve Türkiye'de olduğu gibi korporatist bir anlayışla, ister Anglo-Amerikan geleneklerde olduğu gibi mesleki çıkarlar çerçevesinde kurulmuş olsunlar, eskiden "düzenin" hekimlik alanını düzenlemekte yararlandığı bu yapılar, kapitalizmin yeni-liberal aşamasında burjuvazi için bir ayak-bağı haline gelmiştir.

663 sayılı KHK bu bağlamda bir anlam kazanmakta ve TTB yasasından "tabipliğin kamu ve kişi yararına uygulanıp geliştirilmesini sağlamak" ibaresi çıkartılarak, TTB'nin hekimlerin mesleki saygınlıklarını koruma mücadelesine önderlik edebilmesine dayanak olan yasal zemin ortadan kaldırılmaktadır.

* * *

Kuşkusuz TTB ve hekimler 663 sayılı KHK'nin iptali için her zeminde mücadele edeceklerdir. Ancak günümüzde hekimlerin mesleki saygınlıklarını koruma mücadelesinin "ufkunun" çok daha geniş olmasına gereksinim vardır.

Yukarıda özetlenmeye çalışıldığı gibi hekimler mesleki saygınlıklarını koruma mücadelelerini "kapitalizmin sağlık alanına olan etkilerinin sınırlandırılması" temelinde yürütmüşlerdir.

Kapitalizmin erken dönemlerinde kısmen başarılı olan bu taktik, 1917 Ekim devrimi ve İkinci Büyük Savaş sonrası sosyalizmin bir dünya sistemi haline gelmesi ortamında, burjuvazinin sağlık hizmetlerinde sosyalleştirmeye varan (ulusal sağlık sistemleri ve doğrudan sosyalizasyon uygulamaları) tavizler vermesiyle neredeyse tartışılmaz bir üstünlük kazanmıştır. Hekimler kapitalizmi karşılarına almadan mesleki saygınlık ve bağımsızlıklarını sürdürebilecekleri ve hem kendilerinin hem de hastalarının yararına bir ortam sağlayabilecekleri yanılsamasına kapılmışlardır.

Sosyalizmin çözülmesiyle eşzamanlı giden yeni-liberal saldırılar karşısında bu taktik tamamen değerini yitirmiştir. Kapitalizmin sağlığı, silah ve enerji sektöründen sonra yatırım yapılacak ve kar edilecek üçüncü büyük sektör ilan ettiği bir ortamda, işçi sınıfının güçlü bir mücadelesine dayanmayan bir "çözümden" medet ummak boş bir hayaldir.

20. yüzyılın tarihsel-toplumsal koşullarının biçimlendirdiği ulusal sağlık hizmetleri ve sosyalleştirme uygulamaları tamamen "düzen-içi" düzenlemeler olup, her ne kadar bu alan üzerinden kâr elde etmek isteyen burjuvazinin aleyhinde olsalar da, burjuvazinin genel çıkarları ve işçi sınıfının gündelik çıkarları ile uyum içindedir. Dün işçi sınıfı için "düzen-içi" olan bu uygulamalar, bugün "iktidar" sorunu haline gelmiştir.

Bu perspektifle kapitalizmin sınırlarını aşmayan, yalnızca kapitalizmin sağlık alanındaki etkilerini sınırlandırma çabalarıyla yetinen bir mücadele çizgisiyle, ne hekimlerin, ne de TTB'nin "bugünkü" konumlarını koruyabilmeleri dahi olanaksızdır. Bugün hasta ile hekim arasındaki para ilişkisinin ortadan kaldırılabilmesi "düzen-içi" düzenlemeleri aşan bir ufuk gerektirmektedir. Böyle bir ufku olmayan bir mücadele baştan yenilgiyle yazgılıdır.

https://toplumcutip.blogspot.com/2013/08/hekimlik-ve-kapitalizm.html

Akif Akalın – Toplumcu Tıp, 22 Ağustos 2013

OKUMA: SSCB'NİN SON YILLARINDA HEKİMLİKTE SINIF MÜCADELESİ

Son yıllarda Sovyetler Birliği üzerine çok sayıda kitap yayınlandı ve Sovyetler Birliği'nin kapitalizme geri dönüşünün sanıldığı gibi "aniden" gelişmediği, bir "sınıf mücadelesi" sürecinin sonunda gerçekleştiği ortaya çıktı. Bu mücadele yalnızca politik iktidarın ele geçirilmesiyle sınırlı değildi, yaşamın sağlık da içinde bütün alanlarına ve hücrelerine yayılıyordu. Bu yazımızda bu mücadelenin hekimlik alanında nasıl geliştiğine göz atmaya çalışacağız.

Okurlarımız yazılarımızda "tarihe" çok yer vermemizi eleştiriyorlar, fakat olayları ve olguları "tarihsel bağlamlarından" koparttığınızda, arkalarındaki dinamikleri (ele aldığımız bu konuda sınıf mücadelesini) görebilmek zorlaşıyor. Yine de konunun tarihsel arka-planını elden geldiğince kısa özetleyeceğiz.

Sağlık, Ekim Devrimi'nin ilk günlerinden itibaren Bolşevik Parti'nin ajandasında ilk sıralarda yerini aldı. Sermayenin gereksinimleri doğrultusunda örgütlenen tıp ve sağlık hizmetini kısa sürede işçi sınıfının hizmetine sokma gayreti içinde olan Lenin, liberal ideolojiye sahip hekimlerin örgütü olan Pirogov Cemiyeti ile ilişkilerini elden geldiğince iyi tutmaya çalışıyordu. Çevresindekilere sağlık hizmetlerinin yeniden örgütlenmesi sürecinde hekimlerin devrime karşı "tarafsız" kalmalarını sağlamanın önemini anlatıyordu. Neticede Pirogov Cemiyeti de Çarlık rejiminden hoşnut değildi.

Rus hekimlerin bir bölümü devrimden sonra ülkeyi terk etmişti ve ülkede kalanlar bir tutum almak için iç savaşın sonucunu bekliyordu. Hekimlerin çoğu mesleklerini kendi özel muayenehanelerinde veya büyükşehirlerdeki özel hastanelerde icra ediyordu ve liberal Pirogov Cemiyeti'nin üyesiydi. Cemiyet faaliyetlerine eskisi gibi devam ediyordu, fakat Bolşevikler de tıbbı işçi sınıfının hizmetine sokmakta kararlıydı.

İç savaşın Bolşevikler lehine dönmesiyle birlikte Pirogov Cemiyeti çeşitli sabotaj eylemlerine girişti. SSCB Sağlık Halk Komiseri Nikolay Semaşko, sabotajları önlemek için Cemiyet üyelerini yakın takibe aldırdı. Bazı sağlık kurumlarında Bolşevikler yönetici olarak atayacakları "güvenilir" hekimler bulamadıklarında, komünist hemşire veya feldsherleri doktorların üzerine yönetici olarak görevlendirmek zorunda kaldılar.

Pirogov Cemiyeti Bolşeviklerin sağlık hizmetinde "işçilere" öncelik verilmesini, "hekimlik ahlakına" aykırı buluyordu. Tıp fakültelerine işçilerin ve işçi çocuklarının akademik yönden çok yeterli

olmasalar da “öncelikli” olarak kabul edilmelerini de “fırsat eşitliğine” aykırı bir düzenleme olarak niteliyorlardı. Sembolik de olsa, hekimlerin tıp fakültesinden mezun olurken Hipokrat yemini etmeleri, burjuva karakter taşıdığı gerekçesiyle kaldırıldığında Cemiyet büyük tepki gösterdi.

HEKİMLER AYRICALIKLARINI YİTİRİYOR

Devrim öncesinde Rusya’da hekimler, diğer kapitalist toplumlarda olduğu gibi ayrıcalıklı bir konumdaydı. Yüksek eğitimli olmaları nedeniyle “aydın” olarak kabul ediliyorlardı ve yerel belediyelerde maaşlı olarak çalışanları dahi, ekonomik yönden oldukça iyi durumdaydılar.

SSCB Sağlık Halk Komiserliği, Sovyetler Birliği’nde hekimliğin özel muayenehanelerde icra edilmesine ses çıkartmasa da, özel hastaneleri ve sağlıkla ilgili diğer kurumları (ilaç endüstrisi vb) devletleştirdi. Mahallelerde devlet polikliniklerinin açılması ve sağlık hizmetlerinin ücretsiz olarak sunulması, geçimlerini hastalara sağlık hizmeti satarak sağlayan hekimlerin gelirlerinin düşmesine neden oldu. Bu hekimler muayenehanelerini kapatarak devlet hizmetine girmeye başladılar.

Devlet hizmetinde çalışan hekimler, diğer sağlık emekçileri ile birlikte Sağlık Emekçileri Sendikası’nda örgütlenmeye teşvik ediliyordu. Hekimler Pirogov Cemiyeti çatısı altında örgütlü kalmak, gerekirse bir “hekim sendikası” kurmak istediler. Pirogov Cemiyeti’nin karşı-devrimci etkinlikleri nedeniyle 1924 sonunda kapatılmasından sonra hekimlerin çoğu, Sağlık Emekçileri Sendikası’nda örgütlenmeyi reddetti.

1920’li ve 30’lu yıllarda Sovyetler Birliği çok sayıda işçi sınıfı kökenli hekim yetiştirdi ve bu hekimler, diğer sağlık emekçileriyle birlikte aynı sendika altında örgütlenmekten gocunmadılar. Yıllar geçtikçe Pirogovcu hekimlerin sayısı ihmal edilebilir düzeylere düştü ve hekimlerin tamamına yakını Sağlık Emekçileri Sendikası üyesi oldular.

GLASNOST VE PERESTROYKA

Gorbaçov Rusya’da kapitalizmin yeniden inşası sürecini hızlandıran glasnost ve perestroyka politikaları çerçevesinde “demokratikleştirme” adı altında ülkenin sosyoekonomik sistemini dönüştürürken, Sağlık Emekçileri Sendikası’nın da “demokratikleştirilmesi” için harekete geçti.

Sovyet toplumu için tıbbi bakımın niteliğinin iyileştirilmesi için Sağlık Emekçileri Sendikası'nın "demokratikleştirilmesi" gerektiği ifade edildi. Bu amaçla Ekim 1988'de Kremlin'de SSCB Doktorlar Kongresi örgütlendi. Kongreye Gorbaçov da katıldı.

Kongrenin açılış konuşmasını SSCB Sağlık Bakanı Dr. Yevgeni Chazov yaptı ve Sovyetler Birliği'nde hekimlerin, kapitalist ülkelerdeki gibi "bağımsız" bir Sovyet Hekimleri Birliği'nde örgütlenmeleri gündemine ilişkin tek söz etmedi. Oysa Kongre bu amaçla toplanmıştı.

Gorbaçov'un en ön sıradan verdiği destek ve Chazov'un sessizliğinden aldığı cesaretle söz alan Leningrad Acil Sağlık Hizmetleri hekimlerinden Dr. Lyudmila Nikolaevna Devotchenko (1), önerilen Sovyet Hekimleri Birliği'nin işlevlerini şöyle tanımladı:

> "*Hekimlerin sosyal ve hukuksal sorunlarını çözmek, prestijlerinin artmasına katkıda bulunmak ve üzerlerinde ezici sorunlar yaratan diğer konularla ilgilenmek*".

Bu işlevlerin ancak özerk bir kurum tarafından etkili bir şekilde yerine getirilebileceği savunuluyordu. Kongre'de söz alan Sağlık Emekçileri Sendikası Merkez Komitesi başkanı Dr. Lidiya Novak (2), bu önerinin "sağlık emekçilerinin çalışma ve gündelik yaşam koşullarının iyileştirilmesine yapıcı hiçbir" katkı sağlamayacağını savundu.

Daha sonra söz alan Moskova'dan bir kardiyoloji uzmanı, Dr. Aleksandr Sviridov, sendikanın "uzun zamandır içinden fışkıran bürokratizmle kendisini değersizleştirdiğini" söyledi. Sviridov Sağlık Bakanlığı'nı da eleştirerek, komuta tarzı yönetim anlayışının devam ettiğini, Bakanlık içinde sağlık bakımının yeniden yapılandırılmasında demokratikleşmeyi garanti altına alacak hiçbir mekanizma bulunmadığını ifade etti. Sviridov, Sovyet Hekimler Birliği'nin hekimler arasında kolektif bir özgüven ve özerklik duygusu yaratacağını savundu.

Gorbaçov'un desteğine rağmen Sovyetler Birliği'nde hekimlerin "ayrı" örgütlenmesi önerisi hekimlerden yeterli destek görmedi ve Kongre'den bir Sovyet Hekimleri Birliği örgütlenmesi kararı çıkartılamadı.

Ancak sınıf mücadelesi uzun solukluydu ve sermayenin Sovyetler Birliği içindeki ajanları amaçlarından vazgeçmediler. Sviridov Kongre'den dört ay sonra Meditsinskaya Gazeta'da yayınlanan bir makalesinde Sovyetler Birliği'nde tıbbın bürokratikleşmesinin doktorlar arasında

mesleğe "yabancılaşmaya" neden olduğunu, hekimlerin Sovyet Hekimleri Birliği kurulması önerisine bu nedenle sıcak bakmadığını yazıyordu:

"Hekimler mesleklerine kayıtsız hale geldiler. Üstlerinden aldıkları emirleri, kendilerinin de yaptıkları işten sorumlu olduklarını düşünmeden yerine getiriyorlar. En üzücüsü, bu durumun bir çoğumuzun kolayına gelmesi".

Sviridov'a göre Sovyet Hekimleri Birliği en azından hekimlerin mesleki yeterlilik standartlarını yükseltecek, idare karşısında klinisyenlerin haklarını savunacak ve hekimlerin çalışma koşullarının iyileştirilmesi için mücadele edecekti. Sviridov, Sovyet Hekimleri Birliği'nin varlığında idarenin hekim ve hemşirelere ek görevler için ödeme yapmak zorunda kalacağını söylüyordu.

Sovyetler Birliği'nde bir hekimin mesleğini icra edebilmesi için, tıp fakültesini bitirdikten sonra SSCB Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen bir lisans sınavını vermesi gerekiyordu. Sermayenin ajanları bu yetkinin kapitalist ülkelerdeki gibi SSCB Sağlık Bakanlığı'ndan alınarak, örgütlenecek Sovyet Hekimler Birliği'ne verilmesi gerektiğini savunuyorlardı. Sermayenin ajanlarına göre SSCB Sağlık Bakanlığı'nın lisans (sertifikasyon) sistemi, yetersiz ve kabiliyetsiz hekimleri, bağlantılarını kullanarak veya parayla diploma sahibi olanları ayıklamakta yetersiz kalıyordu. Sovyet tıbbının bir rönesansa gereksinimi vardı ve bu da hekimlikten başlamalıydı.

Diğer yandan Sovyetler Birliği'nde örgütlenecek bir Sovyet Hekimleri Birliği'nin Sovyet hekimlerini dünyadaki meslekdaşlarından izole olmaktan kurtaracağı savunuluyordu. Sovyet hekimleri maddi nedenlerle yurt dışından bilimsel yayın getirtemiyor, tıp dünyasını izleyemiyorlardı. Sovyet Hekimleri Birliği kurulduğunda diğer ülkelerin Hekim Birlikleri'nin dayanışmasıyla Sovyet hekimleri de dünyanın diğer ülkelerindeki Hekim Birlikleri'nin bilimsel yayın organlarını izleyebileceklerdi.

Yine Sovyet Hekimleri Birliği, Sovyetler Birliği'ndeki başarılı tıp öğrencileri için yurt dışında eğitim ve çalışma olanakları sağlayabilecekti. Bu Sovyet hekimlerinin kendilerini mesleki olarak geliştirebilmeleri için çok önemliydi.

Sınıf mücadelesi sürerken sermayenin ajanları, Gorbaçov ve ekibi tarafından elleri kolları bağlanan komünistler karşısında ideolojik üstünlüğü ele almaya başladı. Kasım 1989'da Meditsinskaya Gazeta'da "okur mektupları" bölümü hekimler arasında bireyci ideolojinin yaygınlaştırılması için

bir araç halini almıştı. Sovyet hekimleri geçen yıl red ettikleri Sovyet Hekimleri Birliği önerisi için şimdi "muhteşem, harikulade, sonunda" gibi sıfatlar kullanıyordu.

Sonunda Gazete'de Sovyet Hekimler Birliği için bir yasa taslağı yayınlandı. Fakat sermayenin ajanları "geleneksel çerçeveye" atıf yapan bu taslağı yeterince demokratik bulmadılar. "Okur mektupları", demokrasi idealinin daha iyi yansıtıldığı bir taslak talep ediyordu. Taslağı Sendika'nın hazırladığı iddia ediliyordu.

Bu arada hızla "yerel" Hekim Birlikleri örgütlendi ve bu birliklerin temsilcileri Sağlık Emekçileri Sendikası'ndan toplantı talep ettiler. Hekim Birlikleri, Sağlık Bakanlığı ve Sendika'nın yetkilerini "barışçıl" biçimde kendilerine devretmesini istiyordu. Hekim Birlikleri artık kendilerini sivil toplum olarak tanımlıyordu. Sağlık Bakanlığı Gorbaçov'un emriyle, Sağlık Emekçileri Sendikası da "gönüllü" olarak sivil toplumun taleplerine boyun eğdi. Sağlık Emekçileri Sendikası, bütün masrafları kendi bütçesinden karşılayarak sivil toplum temsilcileri için Moskova'da bir toplantı örgütledi.

Aralık 1989 biterken, SSCB'yi oluşturan Cumhuriyetler "bağımsızlığa" yönelmişti. Bir ay içinde talepler hızla değişti. Artık Sovyet Hekimleri Birliği talebi eskide kalmıştı, şimdi her Cumhuriyet için ayrı bir Hekim Birliği talep ediliyordu. Bu akımın başını Baltık Cumhuriyetleri çekti ve diğerleri kısa zamanda katıldılar.

İlk "özerk" Hekim Birlikleri, Baltık Cumhuriyetleri'nde kurularak tamamen barışçıl biçimde yetkilerini ilan ettiler. Artık bu Cumhuriyetlerde Hekim Birliği'nin lisans vermediği hekim, SSCB Sağlık Bakanlığı'nın lisans sınavını vermiş olsa dahi mesleğini icra edemeyecekti.

Nisan 1990'da komünistler, sermaye ajanları karşısında geri adım atarak Sovyet Hekimleri Birliği kurulması için bir Kongre düzenlediler. Kongre'ye Rusya Federasyonu'nun 10 şehrinden hekimleri temsil eden 47 ve diğer Cumhuriyetlerden 5 delege katıldı. Komünistler bu yeni mevzide tutunmaya çalıştılar, fakat sermayenin ajanları bu girişimi "eski muhafızların" üniformalarını çıkartıp kendilerini yeni bir oluşum gibi gösterme çabası olarak değerlendirdiler.

Mayıs 1990'da Cumhuriyetlerin Hekim Birlikleri, bu kez kendi istekleriyle bir federasyon çatısı altında toplanmaya karar verdiler. Taslak kuruluş metninde hekimler, eskisi gibi sağlık emekçisi olarak değil, kapitalist ülkelerde olduğu gibi sağlık profesyoneli olarak tanımlanıyorlardı. Haziran

1990'da Sovyet Hekimleri Birliği'ne alternatif bir Rusya Federasyonu Hekimleri Birliği kurulması amacıyla bir Kongre düzenlendi.

Kongre'de en çok tartışılan konu Birliğin politika ile ilişkisi oldu. Kongre Birliğin "hiçbir politik amaç taşımayan, özerk, bağımsız, gönüllü, sosyal ve profesyonel bir örgüt" olmasına karar verdi. Birlik esas olarak hekimlerin çıkarlarının savunuculuğunu yapacaktı, fakat aynı zamanda sosyo-medikal ve ekolojik sorunlarda toplum yararına görüşler bildirecekti. Birlik "toplumun sağlığını korumak amacıyla bilimin ve hekimlik pratiğinin geliştirilmesine aktif katılacaktı".

Beklendiği gibi Birliğe seçilen ilk başkan, iktidar hala komünistlerin elindeyken cesaretle sermayenin çıkarlarını savunan Dr. Aleksandr Sviridov (3) oldu. Sviridov delegelere bürokrasiyi yıkma sözü verdi.

DİPNOTLAR

1. Dr. Lyudmila Nikolaevna Devotchenko bugün St. Petersburg Şehir Acil Tıp İstasyonu hekimi olarak çalışıyor ve kurumun sendika komitesi başkanı.
2. Dr. Lidiya Novak bugün Volgograd'da Bölgesel Tıbbi Önleme Merkezi'nde eğitim departmanında çalışıyor.
3. Dr. Aleksandr Sviridov'un bugün nerede olduğu bilinmiyor.

https://toplumcutip.blogspot.com/2020/06/sscbnin-son-yllarnda-hekimlikte-snf.html

Akif Akalın – Toplumcu Tıp, 7 Haziran 2020

SONUÇ

Sovyet tıbbının kuramsal esasları kısaca bunlardır.

Yaşam ve pratik, çeşitli yapıların, fikirlerin, ilkelerin, öğretilerin doğruluğunun en iyi ölçütleridir. Yaşam, Sovyet sağlık hizmetinin ilkelerinin doğruluğunu katı bir şekilde sınamıştır.

İç savaşın, emperyalistlerin ablukalarının, açlığın, yıkımın, pandemilerin zor yıllarında Sovyet sağlık hizmeti sınavı başarıyla atlatmıştır: salgınlar mağlup edilmiş, nüfusun sıhhi refahı hızla yeniden tesis edilmiştir.

Sovyet sağlık hizmeti, Büyük Vatanseverlik Savaşı yıllarında daha da çetin bir sınavı başarıyla vermiştir. Cephede kusursuz bir askeri-sıhhi örgütlenme, yaralı ve hastaların net (kusursuz) bir şekilde tahliyesi, iyi donanımlı uzman hastanelerin kurulması, bilimsel tıbbi kurumların ve bilim insanlarının yardımı, Sovyet kamusallığının yardımı, sıkı sıkıya kenetlenmiş sıhhi-epidemiyolojik örgütlenme — tüm bunlar, yaralıların yüzde 70'inden fazlasının savaş gücü kazanarak cepheye ve Sovyetler Birliği'ne dönmesini sağlamış, geride ve cephede ülke kitlesel salgın hastalıklarla karşılaşmamıştır.

Faşistler, nüfusumuz arasında hastalık yaymak için gösterdikleri tüm çabalara rağmen, Sovyet halkının sıhhi refahını sarsmayı başaramamışlardır. Hiçbir ülke ve hiçbir başka düzen, temel ağırlığı Sovyet halkının omuzlarına düşen savaşın bu tür sınavlarına dayanamazdı.

"*Cam kırılır, sert çekiç çeliği döver*" (1).

Sovyet sağlık hizmeti tüm bu sınavlardan daha da güçlenerek çıkmıştır. Sovyet sağlık hizmeti, tüm Sovyet devlet düzeni gibi — dünyadaki en demokratik sağlık hizmetidir. Yeni halk demokrasisi ülkelerinde (Yugoslavya, Polonya vb.) devlet yönetimi halkın taleplerini karşılayan esaslar üzerine kurulurken, sağlık hizmeti de, Sovyet sağlık hizmetinin geliştiği aynı esaslar üzerinde kurulmaktadır: ücretsiz devlet yardımı, planlılık ve yönetimin birliği, çalışmalarda profilaktik tedbirlerin yürütülmesi, halkın sağlık hizmetine bizzat katılımı, geniş sağlık eğitimi vb.

Dünyanın en demokratik ülkesinde, Sovyetler Birliği'nde, dünyanın en demokratik sağlık örgütlenmesi doğmuş ve gelişmiştir. Sovyet tıbbının esaslarının sağlamlığı, sağlık hizmeti

alanındaki çalışmaların yönünün doğruluğu — parti ve hükumet tarafından belirlenen yön — partinin ve hükumetin savaş sonrası beş yıllık planın yerine getirilmesi ve aşılması çalışmalarının sonucunda Sovyet sağlık hizmetinin savaş öncesi seviyeden daha da yüksek bir basamağa çıkacağının kesin garantisidir.

Topluma sunulan tıbbi hizmetin kalitesinin artırılmasına yönelik inatçı ve zor bir çalışma bizi beklemektedir ve Dördüncü Beş Yıllık Plan'da (2) sağlık organlarının merkezi görevi budur.

AÇIKLAYICI NOTLAR

1. Cam, dışarıdan sert görünse de en ufak bir darbede tuzla buz olan "kırılgan" yapıyı temsil eder. Çeliğin daha da güçlü hale gelmesi için "sert çekiç darbeleriyle dövülmesi" (yani zorlu eğitimlerden, ideolojik sınavlardan ve pratik hayattan geçmesi) gerekir. Genç tıp uzmanlarının ve bilim insanlarının sadece kuramsal bir "cam fanusta" yetişmemesi, hayatın içinde çelik gibi dövülerek olgunlaşması gerektiği anlatılır.

2. Dördüncü Beş Yıllık Plan, 1946 – 1950 dönemini kapsamaktadır. Büyük Vatanseverlik Savaşı ardından, ülkenin uğradığı devasa yıkımı telafi etmek ve ekonomiyi yeniden inşa etmek amacıyla yürürlüğe konulmuştur. Bu dönem, Sovyet tarihinde "*Yeniden Yapılanma Dönemi*" olarak adlandırılır.

OKUMA: LENİN'DEN SAĞLIK EMEKÇİLERİNE

1917 Ekim'inde Sovyet yönetiminin önündeki en büyük sorunlar arasında "sağlık" sorunları ilk sıralarda yer alıyordu. Bunda Çarlık döneminin olumsuz mirasının büyük payı vardı. Sağlığın ve tıbbın "sermayenin" gereksinimleri doğrultusunda örgütlenmiş olduğu Çarlık Rusya'sı, Sovyet yönetimine çok yüksek mortalite ve morbidite hızları bırakırken, bunlarla mücadele edebilmek için gereken yeterli sayıda sağlık kurumu ve personeli bırakmamıştı.

Ekim Devrimi'nin ilk yıllarında sağlık emekçileri arasında komünistler azınlıktaydı. Haziran 1918'de yapılan Birinci Bütün Rusya Sağlık Emekçileri Kongresi'ne 45'i hekim, 14'ü feldsher, 7'si eczacı, 4'ü tıp öğrencisi ve biri hemşire olmak üzere katılan 75 delegeden (4 katılımcının mesleği bilinmiyor) yalnızca 28'i Bolşevik Parti üyesiydi.

25 Şubat – 2 Mart 1920 tarihlerinde düzenlenen İkinci Bütün Rusya Sağlık Emekçileri Kongresi'ne de 125'i komünist, 312 delege katılmıştı. Bu durum sağlık emekçisi yetiştiren okullara emekçi çocuklarının da girebilmesi için gerekli düzenlemeler yapılana kadar böyle devam etti.

İkinci Kongre'de ülkede tıbbi hizmetlerin örgütlenmesine geniş yer verildi. Kongre aynı zamanda yeni sağlık emekçilerinin yetiştirilmesi sorununu da ele aldı ve tıp eğitiminin örgütlenmesi için bir taslak plan hazırladı. Bütün Rusya Sağlık Emekçileri Sendikası'nın raporunun sunulduğu, denetim komisyonu seçiminin yapıldığı ve ülkedeki saniter hizmetler ve tıbbi hizmetler ile örgütsel raporun ele alındığı Kongre'de, 1 Mart 1920 tarihli oturumda Lenin de sağlık emekçilerine hitaben bir konuşma yaptı:

> "*Yoldaşlar.*
>
> *Halk Komiserleri Konseyi adına Kongrenizi selamlamama izin verin.*
>
> *Burada Kongre'nin amaçları ve yaptığınız çalışma üzerine uzun konuşmaya gerek yok. Belki savaş cephesi dışında sizinki kadar çok fazla fedakarlık isteyen başka bir alan yoktur. Dört yıllık emperyalist savaş insanlığa birkaç milyon sakat ve bir dizi salgın verdi.*
>
> *Çok büyük, zor ve sorumluluk isteyen bir görev omuzlarınıza yüklendi. Savaş cephesindeki mücadele, emperyalistlerin girişimlerinin sonuç vermediğini gösterdi. Askeri alanda en*

büyük güçlükler arkamızda kaldı, fakat şimdi barışçıl gelişme görevine başlamak zorundayız. Kanlı cephede kazandığımız deneyimi, daha büyük sempatiyle karşılaşacağımız kansız cepheye uygulayacağız.

Komünist işçilerle yan yana sorumluluk gerektiren görevler işgal eden binlerce uzmanın, çok sayıda subay ve generalin hizmetini sağlamakta başarılı olduk. İç savaşın bütün kararlılığını ve deneyimini salgınlara karşı savaşa uygulamak zorundayız.

Zaman, tıp mesleğinin üyelerinin de işçi sınıfına güvensizlik duyduğu bir zamandı; zaman, onların da burjuva sistemin restorasyonunu düşlediği bir zamandı. Ancak şimdi onlar da Rusya'da kültürün gelişmesini sağlamanın, yalnızca proletarya ile birlikte olanaklı olabileceğine ikna oldular. Ağır yoksulluğa, hastalıklara ve pisliğe yalnızca bilim insanları ile işçiler arasındaki işbirliği bir son verebilir. Ve bu yapılacaktır.

Hiçbir karanlık güç, bilim insanları, proletarya ve teknolojistlerin birliğine karşı duramaz".

Gerçekten de Rusya'da devrim öncesinde zaten olumsuz olan sağlık koşulları, Birinci Paylaşım Savaşı sürecinde daha da kötüleşmiş, salgın hastalıklar, gıda, ilaç, yakıt ve temizlik malzemesi sıkıntısıyla daha da alevlenmişti. Bu dönemde Rusya'nın karşı karşıya kaldığı en önemli sağlık sorunu tifüs hastalığıydı.

1913 yılında on binde 7,3 düzeyinde olan tifüs vakaları, savaşın da etkisiyle 1918 yılında on binde 21,9'a ulaşmıştı. Ancak ülkenin devrimden sonra içine düştüğü iç savaş nedeniyle salgınla yeterince mücadele edilememesi sonucunda vaka sayısı 1919 yılında on binde 265,3'e ve Lenin'in sağlık emekçilerine hitap ettiği 1920 yılında 393,9'a kadar yükselmişti.

Lenin tifüsün yalnızca insan sağlığı için değil, aynı zamanda sosyalist devrimin geleceği için de bir tehdit haline geldiğini görüyordu. Bolşevik Parti'nin 2 – 4 Aralık 1919 tarihlerinde gerçekleştirilen Sekizinci Konferansı'nda, 2 Aralık'ta sunduğu "Merkez Komitesi Politik Raporu" içinde şu ifadelere yer vermişti:

"*... sorunumuz, bite karşı, tifüs taşıyan bite karşı savaş sorunudur. Açlıktan tükenmiş, hasta, ekmeği, sabunu ve yakıtı olmayan bir toplumda tifüs sosyalizmi inşa etmemizi önleyecek bir felaket haline gelebilir*".

Lenin bu toplantının hemen ardından 5 – 9 Aralık 1919 tarihlerinde gerçekleştirilen Yedinci Bütün Rusya Sovyetler Kongresi'nde, 5 Aralık'ta yaptığı konuşmasında sorunu daha da dramatik bir biçimde ele alıyordu:

"*... Bize saldıran üçüncü felaket, birliklerimizi yere seren bit ve tifüstür. Yoldaşlar, nüfusun yoksul, güçten düşmüş, maddi kaynaklardan yoksun olduğu, bütün yaşamın, kamusal yaşamın durduğu tifüs bölgelerindeki korkunç durumu hayal etmek olanaksız. Bundan dolayı diyoruz ki, 'Yoldaşlar, her şeyi bu soruna yoğunlaştırmak zorundayız. Ya bit sosyalizmi yenecek, ya sosyalizm biti yenecek!'.*

Ve yoldaşlar burada da, başka yerlerde kullandığımız aynı yöntemleri kullanarak başarıya ulaşmaya başlıyoruz. Kuşkusuz hala tifüse karşı sıkı bir savaş yerine zenginlerden muayene ücreti almayı tercih eden, önyargılar taşıyan, işçilerin iktidarına inancı olmayan bazı hekimler var. Fakat bu hekimler azınlıktır, daha da azalıyorlar ve insanların bütün güçleriyle mücadele ettiğini gören çoğunluk, insanların mücadeleleriyle temel medeniyeti koruma sorununu çözme arzusunu anlıyor. Bu hekimler, bu meşakkatli ve güç konuda, askeri uzmanlardan daha az adanmışlıkla hareket etmiyorlar. Bu hekimler kendilerini çalışan insanların hizmetine koşmaya isteklidir.

Bu krizden de çıkmaya başladığımızı söylemeliyim. Yoldaş Semaşko bana bu çalışma hakkında bilgi verdi. Cepheden gelen haberlere göre 1 Ekim'de cepheye 122 hekim ve 476 asistan geldi. Moskova'dan 150 hekim gönderildi. 15 Aralık'ta 800 hekimin daha tifüse karşı savaşta yardımcı olmak için cepheye ulaşacağına inanmak için nedenlerimiz var. Bu ıstıraba büyük ilgi göstermek zorundayız.

Kaynaklarımızı birleştirmeye odaklanmalıyız: tahıl, yakıt ve tifüse karşı savaş... Tahıl temin edebilirsek, yakıt teminini arttırmayı başarabilirsek, bütün çabalarımızı Rusya'da tifüsü silip süpürmeye adayabilirsek – kültürsüzlükten, yoksulluktan, gerilikten ve cehaletten kaynaklanan tifüsü – bu kansız savaşa, kanlı savaşta kazandığımız bütün gücümüzü ve deneyimimizi adayabilirsek, neticede savaştan çok daha insani ve kolay olan bu çabada daha da büyük başarılar kazanacağımızdan emin olabiliriz".

https://toplumcutip.blogspot.com/2017/02/leninden-saglk-emekcilerine.html

Akif Akalın – Toplumcu Tıp, 1 Şubat 2017.

KAYNAKLAR

V. I. Lenin. (1919). Eighth All-Russia Conference Of The R.C.P(B.)
https://www.marxists.org/archive/lenin/works/1919/dec/02.htm

V. I. Lenin. (1919). Seventh All-Russia Congress Of Soviets.
https://www.marxists.org/archive/lenin/works/1919/dec/05.htm

V. I. Lenin. (1920). Speech Delivered At The Second All-Russia Congress Of Medical Workers.
https://www.marxists.org/archive/lenin/works/1920/mar/01a.htm

OKUMA: SOVYETLER BİRLİĞİ'NDE TOPLUMCU SAĞLIK SİSTEMİNİN ÇÖKÜŞÜ

"*Toplumcu Tıp: Sovyetler Birliği Deneyimi*" başlıklı kitabımızda, Sovyetler Birliği'nin ilk yıllarında "*toplumcu*" sağlık hizmetinin nasıl örgütlendiğini incelemiş, kitabımızı,

> "*Tıbbı ve sağlığı emeğin gereksinimlerine göre örgütlemek kadar, bu alanlardaki kazanımların kalıcılığını sağlamanın da önemli olduğu gerçeği kendisini sosyalistlere çok acımasız bir biçimde öğretmiştir*" cümlesiyle bitirmiştik.

Bu yazımızda Sovyetler Birliği'nde 1920'li yıllarda örgütlenen toplumcu sağlık hizmetinin, 1930'lu yıllarda nasıl çözülmeye başladığını ve 1950'lerde nasıl tamamen çöktüğünü incelemeye çalışacağız.

SOVYETLER BİRLİĞİ'NDE TOPLUMCU SAĞLIK SİSTEMİNİN TEMELLERİ

Sovyetler Birliği'nde toplumcu sağlık sisteminin temelleri, Rus Sosyal Demokrat İşçi Partisi'nin 1903 yılında gerçekleştirdiği 2. Kongresi'nde, işçi sınıfının sağlık ve sosyal güvenlik talebini formüle etmesiyle atıldı (1). Ancak konunun derinleştirilmesi ve bir "program" haline getirilmesi, Bolşevik Partinin 1912 yılında Prag'da gerçekleştirdiği 6. Bütün Rusya Konferansı'nda mümkün oldu.

2. Kongre'nin talepleri daha da geliştirilerek, Lenin tarafından kapsamlı bir sosyal güvenlik sistemi (kaza, hastalık, yaşlılık, iş kaybı) önerildi. Burada Lenin kamusal bir sigorta sisteminin ilkelerini ilk kez tanımladı:

1. Bütün ücretliler ve aileleri kamusal sigorta kapsamına alınmalıdır
2. İşçilere sakatlanma ve işsiz kalma durumlarında yardım sağlanmalıdır
3. Telafi, sigortalı üzerine başkaca bir ödeme dayatılmaksızın önceki kazancına eşit olmalıdır
4. Sigorta, sigortalıların yönetimindeki yerel ajanslar tarafından yönetilmelidir (2).

Sovyet hükumeti 1917 Ekim Devrimi ile iktidara gelir gelmez, 1912 Prag Konferansı'nda alınan kararları uygulamaya koymaya başladı. Ekim devriminden dört gün sonra (11 Kasım 1917) dünyanın en kapsamlı ve en ilerici sosyal sigorta programı yasalaştırıldı:

1. Bütün çalışanlar ve yoksullar sosyal sigorta kapsamına alındı
2. Sigorta kapsamı her tür gelir kaybını telafi edecek şekilde genişletildi
3. Sigortanın bütün maliyeti işverene yüklendi
4. İşsizlik ve sakatlık yardımları ücret düzeyine yükseltildi
5. Sigortanın yönetimi işçilere (sendikalara) devredildi

21. yüzyılda dahi yeryüzünün hiçbir ülkesinde bu kadar kapsamlı bir sosyal sigorta sistemi yoktur. Nitekim 31 Ekim 1918'de Sovyet hükumeti, kapitalist "sosyal sigorta" terimi yerine sosyalist "sosyal güvenlik" terimini kullanmaya başladı.

TOPLUMCU SAĞLIK HİZMETİNİN ÖRGÜTLENMESİ

Ekim devriminin tıp ve sağlık alanındaki birinci önceliği, daha önce egemen sınıfın hizmetinde olan tıbbı ve sağlık hizmetini, işçilerin ve emekçilerin (toplumun) gereksinimlerine göre yeniden örgütlemekti.

Sovyet hükumeti bu çabasında ilk olarak hekim örgütü Pirogov Cemiyeti ile karşı karşıya geldi. Hekimlerin büyük çoğunluğunun üye olduğu Pirogov Cemiyeti, hekimler tarafından yönetilen "özerk" bir ulusal sağlık sistemi talep ediyordu. Sigorta şirketlerinin hekimlerden hizmet satın almasını (hizmet başı ödeme) ve dileyenin de hekimlere cepten ödeme yapmasını istiyordu.

Bolşevikler ise sağlık hizmetlerinin Sovyetler tarafından örgütlenmesini ve sunulmasını, sağlık kurumlarının bu kurumlarda çalışan emekçiler tarafından seçilen yöneticiler tarafından yönetilmesini ve hekimlere hizmet başı ödeme değil, diğer emekçiler gibi sabit bir aylık ücret verilmesini istiyordu.

Pirogov Cemiyeti Bolşeviklerin programına karşı ülke çapında bir kampanya başlattı ve toplumcu sağlık hizmetlerine karşı çeşitli sabotaj eylemleri gerçekleştirdi. Yıllar sonra Şili'de de Şili Tabipler Birliği de, Pirogov Cemiyeti gibi, Salvador Allende'nin toplumcu sağlık programına karşı faşist Pinochet cuntasını destekleyecek, Allende hükumetinin yıkılması sürecinde önemli rol oynayacaktı.

Bolşevikleri destekleyen başta feldsherler (hekim yardımcıları) ve hemşireler olmak üzere hekim – dışı sağlık emekçileri, 1920 yılında tek bir sendikal çatı altında toplanarak, Pirogov Cemiyeti'nin çabalarını boşa çıkarttılar. Sonunda Pirogov Cemiyeti dağıtıldı ve hekimler de sendikaya katıldılar. Bu aynı zamanda tıpta ve sağlık hizmetinde deprofesyonalizasyon ve demokratikleşme yönünde atılmış önemli bir adım oldu.

Ekim Devrimi'ni izleyen yıllarda sağlık emekçileri çalıştıkları özel sağlık kurumlarına el koyarak sendikaları aracılığıyla yönetmeye başladılar. Aslında Bolşevikler emekçilerin yönetimi devralmasını destekliyordu, fakat bu yönetimlerin "özerk" olmaları durumunda sağlık hizmetinin merkezi "planlanması" olanaksızlaşacaktı. Bu nedenle Bolşevikler sağlık kurumlarının yönetiminin yerel Sovyetlere devredilmesini veya yönetimin yerel Sovyetlere bağlı çalışmasını istediler.

Sonunda sağlık kurumlarının yerel Sovyet tarafından atanan bir yönetici tarafından yönetilmesine, ancak sağlık kurumunda görevli emekçilerden oluşan bir Danışma Komitesi oluşturulmasına ve bunların işbirliği yapmalarına karar verildi. Sağlık yönetiminde merkezileşmenin doruk noktası, 1918 yılında yeryüzünün ilk Sağlık Bakanlığı'nın örgütlenmesi oldu.

KAUTSKY – LENİN POLEMİĞİ

Devrimden sonra yola nasıl devam edileceğine ilişkin iki görüş vardı. Kautsky asıl olanın devletin ele geçirilmesi olduğunu, Sovyet iktidarının mevcut devlet aygıtını işçi sınıfının çıkarları doğrultusunda kullanabileceğini savunuyordu. Lenin ise iktidarı alan işçi sınıfının burjuvaziden devraldığı devlet aygıtını "yıkması" ve yeniden örgütlemesi gerektiğini söylüyordu. İşçi sınıfı sermayenin gereksinimleri doğrultusunda örgütlenmiş devlet aygıtını kendi çıkarları doğrultusunda kullanamazdı.

Devrim, Kautskyci anlayışın savunduğu gibi, yalnızca "mevcut" tıbbın ve sağlık hizmetinin sosyalleştirilmesiyle, herkese eşit ve ücretsiz dağıtımıyla yetinemezdi. Tıbbın ve sağlık hizmetinin işçi sınıfının gereksinimleri doğrultusunda yeniden örgütlenmesi, "doğasının", içeriğinin değiştirilmesi gerekiyordu. Tıpta "deprofesyonalizasyon" ve sağlık hizmetinde "demokratikleşme" bu yolda atılacak ilk adımlardı. Sağlık emekçileri arasındaki hiyerarşiye son verilmeliydi.

Lenin'in yakın dostu ve Sağlık Bakanı olan Nikolay Semaşko, Sovyet devriminin sağlık alanındaki hedeflerine Çarlık Rusya'sından devraldığı sermaye ve soyluluğun gereksinimlerine göre

örgütlenmiş sağlık aygıtıyla (tıp fakülteleri, hastaneler, muayenehaneler vb) erişilemeyeceğini, bunların "yıkılıp", işçi sınıfının (toplumun) gereksinimlerine göre yeniden örgütlenmesi gerektiğine inanıyordu.

ÖNLEYİCİLİĞE ÖNCELİK VERİLMESİ

Her şeyden önce toplumcu sağlık sistemi, bireyci (kapitalist) sağlık sisteminde olduğu gibi tedaviye değil, "önleyiciliğe" ağırlık verecekti. Bu amaçla kapitalist ülkelerdeki gibi insanların hastalandıklarında başvurdukları tedavi kurumları yerine, insanlar sağlıklı iken onların ayağına giden ve ana rahmine düştükleri andan – mezara kadar sürekli ve düzenli sağlık kontrolleri yapılan dispanserler örgütlendi (3).

Henry E. Sigerist 1937 yılında yayınlanan "*Socialized Medicine in the Soviet Union*" başlıklı kitabına yazdığı sonsözde bu durumu şu tümcelerle ifade ediyordu:

> "*Ve bugün Sovyetler Birliği'nde yapılanların tıp tarihinde yeni bir dönemin başlangıcı olduğu sonucuna vardım. Beş bin yıllık tıp tarihinde bugüne kadar elde edilen her şey yalnızca bir ilk dönemi temsil ediyor: tedavi edici tıp dönemi. Şimdi Sovyetler Birliği'nde yeni bir dönem, önleyici hekimlik dönemi başladı*".

TIP EĞİTİMİNDE REFORM

Yirminci yüzyılın başlarında Avrupa'da pozitivist ideoloji ve mekanistik düşünce üzerinde inşa edilen "bilimsel" tıp, daha sonra Flexner Raporu ile ABD ve Kanada'ya yayılmıştı. Evreni saat gibi işleyen, yalnızca bilimsel akıl ile kavranabilecek ve değişmez yasalarla yönetilen dev bir makine olarak gören pozitivizm, insanı da canlı bir makine olarak kabul ediyordu. Bu çerçevede hastalıklar makinede ortaya çıkan arızalar olarak görülüyor, hekimlik ve sağlık hizmeti de odağına bozulan bedenin onarılmasını alıyordu.

Tıbba ve sağlık hizmetine mekanik yaklaşım, hastalıkları salt biyolojik ve dolayısıyla "bireysel" olgular olarak kabul ederek, sosyal ve politik içeriklerinden arındırarak, sermayenin çıkarlarına hizmet ediyordu. Hastalıklarla mücadelede toplum düzeyli sosyal ve politik müdahaleler yerine, yalnızca bireye yönelik tıbbi (ve/ya cerrahi) tedbirlere öncelik veren pozitivist – mekanik – bireyci tıp, bugün de egemenliğini sürdürüyor.

Çarlık Rusyasında sermayenin ve soyluluğun gereksinimlerine göre örgütlenmiş olan tıp eğitimi, hastalıkları teşhis ve tedavi edebilen, fakat hastalıkların "önlenmesi" için gerekli bilgi ve becerilere sahip olmayan hekimler yetiştiriyordu. Tıp öğrencilerinin büyük çoğunluğu orta sınıf ailelerin çocuklarından oluşuyor (kadınlara ayrımcılık yapılıyordu), Alman ekolü beş yıllık, pozitivist ideolojiyle biçimlendirilmiş bir tıp eğitiminden geçiriliyorlardı.

İşçi sınıfı, sermayenin gereksinimleri doğrultusunda örgütlenmiş bir tıp eğitimiyle yoluna devam edemez, tıbbı ve sağlığı toplumun gereksinimlerine göre örgütleyemezdi. Tıp eğitiminde toplumcu sağlık hizmetinin gereksinimlerine göre bir reform yapılması şarttı. Bu çerçevede 1924 yılında "*Toplumcu Tıp: Sovyetler Birliği*" başlıklı kitabımızda ayrıntılı olarak incelediğimiz bir reform gerçekleştirilerek, "erken uzmanlaşma" sistemine geçildi. Erken uzmanlaşma tıpta "deprofesyonalizasyon" yönünde atılmış en büyük adımdı.

TOPLUMCU SAĞLIK HİZMETİNDE GERİ ADIM

Birçokları Sovyetler Birliği'nde toplumcu sağlık sisteminin, 1980'li yılların başlarında Leningrad'dan başlayarak polikliniklerin "özelleştirilmesi" ile yıkıldığını düşünür, fakat bu buzdağının sadece görünen tepesidir. Sovyetler Birliği'nde toplumcu sağlık hizmeti çok daha önceki yıllarda çökertildi.

SBKP'nin 1927 yılında gerçekleşen 15. Kongresi, Sovyetler Birliği'nin "hızlı" sanayileşmesine yönelik kararlar aldı ve bunları birinci 5 Yıllık Plan'da formüle etti. Ülkenin bütün kaynakları sanayileşmeye seferber edilirken, sosyal güvenlik sistemi ve sağlık alanlarında da bu politika doğrultusunda adımlar atıldı.

Sağlık hizmetlerinde öncelik emek-gücünün "en üretken" ve "kilit" sektörlerine kaydırıldı. Bu amaçla Semaşko'nun bütün yurttaşlara hizmet sunacak şekilde örgütlediği genel sağlık bakımı sistemi "yanında", kapitalist ülkelerdeki gibi genel sağlık sisteminden ayrı, özerk bir işçi sağlığı örgütlenmesine gidildi.

Diğer yandan kadınların sanayide istihdamını kolaylaştırmak için yine "genel" sağlık sistemi dışında yaygın bir çocuk bakım merkezleri ağı örgütlenirken, sanayileşmeye eşlik eden "hızlı" kentleşmenin yarattığı sorunlarla mücadele için de "ayrı" bir çevre sağlığı hizmeti örgütlendi.

Sovyetler Birliği'nde toplumcu sağlık hizmetinin mimarı olan Sağlık Bakanı Nikolay Semaşko bu politikaları benimsemediği için 1930 yılında görevini bıraktı.

Bu uygulamalarla "işçi sağlığı" hizmetleri mükemmelleşirken, beş yıllık plan sürecinde iş kazalarında yarı – yarıya azalma kaydedildi. Ancak bu başarı sağlık hizmetlerinde desantralizasyon pahasına geldi. Artık endüstriyel sağlık merkezlerinin yönetiminde Sovyetler'in rolü azalmış, fabrika yönetimlerinin rolü artmıştı.

Diğer yandan hızlı sanayileşme politikasının yan ürünleri olarak bir yanda kırsal kesimlerden sanayi merkezlerine "hızlı" bir göç ve elbette bu göçe bağlı başta bulaşıcı hastalıklar olmak üzere yeni sağlık sorunları yaşanırken, kadınların sanayide istihdamıyla birlikte doğurganlık hissedilir düzeyde azaldı. Parti'nin buna yanıtı 1936 yılında "isteğe bağlı" kürtajı yasaklamak oldu. Bu kuşkusuz kadınların Ekim Devrimi ile elde ettiği en önemli kazanımlardan birinin yitirilmesi anlamına geliyordu.

Son olarak hızlı sanayileşmenin en büyük kurbanlarından biri "kırsal kesim" oldu. Bütün kaynakların sanayileşmeye seferber edilmesi nedeniyle Sovyetler tarafından kolektif çiftliklere götürülen sağlık hizmeti, yetersiz kaynaklar nedeniyle kötüleşti. Kolektif çiftlikler hekim ve diğer sağlıkçıların "öncelikle" sanayi kuruluşlarında istihdam edilmesi nedeniyle sağlık hizmeti sunamaz hale geldiler.

ÇOK PARÇALI – ÇOK BAŞLI BİR SAĞLIK SİSTEMİ

1930'ların ikinci yarısında Sovyetler Birliği'nin sağlık örgütlenmesi, kapitalist ülkelerdeki gibi "parçalı" bir hale gelmiş, "çok başlılığa" bağlı sorunlar yaşanmaya başlamıştı. Bu dönemde Sağlık Bakanlığı'nın "genel" sağlık hizmeti "önleyici" sağlık istasyonlarında sunulurken, sanayi bölgelerinde özerk önleyici ve tedavi edici sağlık kurumları, çevre sağlığı istasyonları, ana çocuk sağlığı merkezleri ve poliklinikler ile bunları destekleyen hastaneler örgütlenmişti. Bunların her biri az – çok "bağımsız" yönetiliyor ve hizmet sunuyordu.

Semaşko'nun görevinden ayrılmış olmasına rağmen Sağlık Bakanlığı bu gelişmeleri sürekli eleştirdi ve bütün sağlık hizmetlerinin tek elden yönetilmesi gerektiğini, tedavi hizmetlerinin "ayrı" örgütlenmesi yerine, önleyici hizmetler ile "bütünleştirilmesini" savundu. Ancak hızlı sanayileşme Parti'nin birinci önceliğiydi ve Parti bu kararını gözden geçirmemekte kararlıydı.

DEPROFESYONALİZASYONDAN GERİ ADIM

Bu süreçlerin diğer bir istenmeyen yan ürünü, tıpta "uzmanlaşmaya" vurgunun artması oldu. Devrimin ilk yıllarında "genel pratisyenliğe" yapılan vurgu giderek azalırken, uzmanlaşmanın yaygınlaşmasıyla birlikte sağlık emekçileri arasında kapitalist ülkelerdeki gibi "hiyerarşi" oluşmaya başladı. Toplum içinde hastanelerde görev yapan "uzman" hekimler, birinci basamakta görevli "pratisyen" hekimlerden daha "üstün ve değerli" görülmeye başlandı. Bu durum feldsher ve hemşireleri sağlık emekçileri arasında "en alta" itti ve hekimlerle aralarındaki ücret farkı arttıkça ciddi statü kaybına uğradılar.

Sovyetler Birliği'nde tıpta "uzmanlaşmanın" önem kazanması, diğer bir olumsuzluğa, sağlık sistemi içinde önceliğin birinci basamaktan "hastanelere" kaymasına yol açtı. Bu dönemde çok sayıda hastane inşa edildi ve Sovyetler Birliği "yatak sayısı" bakımından dünyanın ilk sırasına yükseldi. Şüphesiz Semaşko kurduğu toplumcu sağlık sisteminin birkaç on yıl içinde bu kadar değişebileceğini öngörmemişti.

TOPLUMCU SAĞLIK HİZMETİNİN ÇÖKÜŞÜ

1947 yılında çıkartılan Poliklinik Hastane Reorganizasyon yasası ile başlangıçta "birinci basamağın" bir parçası (veya uzantısı) olarak örgütlenen poliklinikler de hastanelerin bünyesine alındı. 1950'li yıllarda Sovyetler Birliği'nde sağlık kurumu dendiğinde kapitalist ülkelerdeki gibi "hastaneler" anlaşılmaya başladı. Sevk zincirinin kırılarak, hastaların doğrudan hastanelere başvurmaya başlamasıyla birlikte "bakımda süreklilik" büyük zarar gördü.

Sağlık sistemi içinde hastanelerin öne çıkmasının diğer bir sonucu da, tıbbın teknolojiye daha bağımlı hale gelmesi oldu. Hekimler tıbbi teknolojiye daha fazla başvurmaya başlarken, toplum içinde de tıbbi teknolojiye talep arttı.

1956 yılında yeni bir düzenlemeyle Sanitasyon – Epidemiyoloji İstasyonları da hastanelerin bünyesine alındı. Böylece önleyici hizmetler yalnız gözden düşmekle kalmadı, giderek daha da etkisiz hale geldi. Oysa toplumcu tıbbın temeli "önleyici" bakımdı. Dahası bu dönemde kapitalist ülkelerde önleyici bakıma önem verilmeye başlanması, örneğin Türkiye'nin sağlık hizmetlerini sosyalleştirerek sağlık sistemini birinci basamak üzerine inşa etme çabası tam bir ironi oluşturuyordu.

DİPNOTLAR

1. https://sendika.org/2015/11/rusyada-buyuk-ekim-devrimi-oncesinde-isci-sagligi-ve-is-guvenligi-emre-gurcanli-ileri-305241
2. https://haber.sol.org.tr/blog/sinifin-sagligi/akif-akalin/saglik-ve-sosyal-guvenlik-mucadelesi-106913
3. http://toplumcutip.blogspot.com/2020/04/sosyalizmin-tbba-katks-dispanserizasyon.html

https://toplumcutip.blogspot.com/2023/11/sovyetlerde-toplumcu-saglk-sisteminin.html

Akif Akalın – Toplumcu Tıp, 23 Kasım 2023

NİKOLAY ALEKSANDROVİÇ SEMAŞKO

"Ve bugün Sovyetler Birliği'nde yapılanların tıp tarihinde yeni bir dönemin başlangıcı olduğu sonucuna vardım. Beş bin yıllık tıp tarihinde bugüne kadar elde edilen her şey yalnızca bir ilk dönemi temsil ediyor: tedavi edici tıp dönemi. Şimdi Sovyetler Birliği'nde yeni bir dönem, önleyici hekimlik dönemi başladı".

Henry E. Sigerist

"Socialized Medicine in the Soviet Union" - 1937